

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Actitudes hacia el proceso de envejecimiento del
personal de salud del centro materno infantil Villa
María Del Triunfo, 2013.**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Ruth Mery Ramos Condori

ASESOR

Lic. Mery Soledad Montalvo Luna

Lima – Perú

2014

***“ACTITUDES HACIA EL PROCESO DE
ENVEJECIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD DEL
CENTRO MATERNO INFANTIL VILLA MARIA DEL
TRIUNFO, 2013.”***

Te agradezco Dios por tu inmenso amor, por acompañarme a lo largo de mi vida, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme sobre todo felicidad.

Le doy gracias a mis padres Ynocencio y Jesusa por apoyarme en todo momento y por ser mi fuerza en el transcurso de mi vida.

Mis agradecimientos más sinceros a la Lic. Julia Lema Morales por su guía inicial y valiosa en esta investigación. A la Lic. Mery Montalvo Luna por su acertada asesoría, tiempo y disposición en la culminación del presente estudio.

INDICE

| | Pág. |
|--|-------------|
| INDICE DE GRÁFICOS | v |
| RESUMEN | vii |
| SUMMARY | viii |
| PRESENTACIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN | |
| A. Planteamiento del Problema | 4 |
| B. Formulación del Problema | 8 |
| C. Justificación | 8 |
| D. Objetivos | 10 |
| E. Propósito | 11 |
| F. Marco Teórico | 12 |
| F.1. Antecedentes | 12 |
| F.2. Base Teórico | 18 |
| 1. La Actitud como Predictor del Comportamiento | 18 |
| 2. La Actitud y la Vejez | 28 |
| 3. El Envejecimiento como Etapa de Vida. | 34 |
| 4. Atención de Salud del Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención | 43 |
| G. Definición operacional de términos | 49 |

CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODO

| | |
|--|----|
| A. Tipo, Nivel y Método de Estudio | 50 |
| B. Descripción del Área de Estudio | 50 |
| C. Población Sujeto de Estudio | 51 |
| D. Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos | 52 |
| E. Validez y Confiabilidad del Instrumento | 52 |
| F. Proceso de Recolección, Procesamiento y Presentación de datos | 53 |
| G. Proceso de Análisis e Interpretación de Datos | 55 |
| H. Consideraciones Éticas | 55 |

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

| | |
|----------------------------|----|
| A. Resultados | 56 |
| 1. Datos Generales | 56 |
| 2. Datos Específicos | 58 |
| B. Discusión de Resultados | 79 |

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

| | |
|--------------------|----|
| A. Conclusiones | 85 |
| B. Limitaciones | 86 |
| C. Recomendaciones | 86 |

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 88 |
| BIBLIOGRAFÍA | 93 |
| ANEXOS | 96 |

INDICE DE GRÁFICOS

| Nº | | Pág. |
|-----------|---|-------------|
| 1 | Perfil de la actitud del personal de salud hacia el proceso de envejecimiento en el C.S. Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2013. | 61 |
| 2 | Perfil de la actitud del personal de salud hacia el proceso de envejecimiento con respecto a la apariencia física y funcionalidad del organismo (cambios biológicos) en el C.S. Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2013. | 67 |
| 3 | Perfil de la actitud del personal de salud hacia el proceso de envejecimiento con respecto a los cambios psicológicos en el C.S. Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2013. | 73 |
| 4 | Perfil de la actitud del personal de salud hacia el proceso de envejecimiento con respecto a los cambios sociales en el C.S. Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2013. | 77 |

INDICE DE ANEXOS

| Anexo | | Pág. |
|----------|---|--------|
| A | Operacionalización de la variable | I |
| B | Instrumento | III |
| C | Consentimiento Informado | IX |
| D | Validez del Instrumento | X |
| E | Confiabilidad del Instrumento | XII |
| F | Matriz Tripartita | XVI |
| G | Cálculo para determinar de manera general el promedio de la actitud de cada reactivo del instrumento y el promedio de la actitud de cada sujeto | XIX |
| H | Distribución, según grupo etareo, del personal de salud del C.S. Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2013 | XXV |
| I | Distribución, según sexo, del personal de salud del C.S. Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2013 | XXVI |
| J | Distribución, según tiempo del personal de salud del C.S. Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2013 | XXVII |
| K | Distribución, según la labor que desarrollan, del personal de salud del C.S. Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2013 | XXVIII |
| L | Prueba de chi cuadrado | XXIX |

RESUMEN

Investigación descriptiva que estudia las actitudes del personal de salud hacia el proceso de envejecimiento. Cuyos resultados servirá en proporcionar información valiosa al equipo de salud para que en el futuro se realicen programas de sensibilización a las personas involucradas en la promoción, prevención y atención de personas adultas mayores, a fin de fortalecer las actitudes favorables y modificar aquellas desfavorables con tendencia al rechazo. Participaron 23 personas que conforman parte del personal del salud. Se aplicó un cuestionario elaborado con la técnica del diferencial semántico; constituido por 7 reactivos y cada uno con doce escalas bipolares, considerando los factores evaluativo, actividad, potencia y familiaridad. El procesamiento de datos fue manual, haciendo uso de un paquete estadístico en Excel (XLSTAT). La información es presentada en cuadros y gráficos (perfiles). Entre sus conclusiones, la actitud hacia el proceso de envejecimiento es de rechazo con intensidad leve. Según cambios biológicos, psicológicos y sociales, la actitud es de rechazo con intensidad leve. En la actitud hacia el proceso de envejecimiento el factor acción es de aceptación leve, y en la mayoría de los reactivos (evaluativo, potencia y familiaridad); es de rechazo leve. El proceso de envejecimiento es considerado por el personal de salud, desde el factor evaluativo como ligeramente feos, ligeramente malos, ligeramente soportables y desde el factor potencia, como ligeramente positivo, ligeramente débil y ligeramente pesado; desde el factor acción como ligeramente rápida, ligeramente activa y ligeramente esperada. Y, desde el factor familiaridad, como experiencia ligeramente desconocido, ligeramente compleja y ligeramente raro.

PALABRAS CLAVES: Proceso de Envejecimiento, Personal de Salud, Actitudes.

SUMMARY

Descriptive research that studies the attitudes of health workers towards the aging process. The results will provide valuable information to health team for future awareness programs to the people involved are carried out on advocacy, prevention and care of older people, to strengthen favorable attitudes and change those with unfavorable trend rejection. Attended by 23 people who make up the staff of health. Consisting of seven reagents and each twelve bipolar scales, considering the evaluation factors, activity, power and familiarity, a questionnaire developed with the semantic differential technique was applied. Data processing was done manually, using Excel statistical package (XLSTAT) . The information is presented in tables and graphs (profiles). Among its findings, the attitude toward the aging process is mild rejection. According to biological, psychological and social changes, the attitude is mild rejection. The attitude toward the aging process is the action of mild acceptance factor, and most reagents (evaluative, potency and familiarity) is mild rejection. The aging process is considered by health personnel from the evaluation as slightly ugly factor, slightly ill, slightly bearable and from the power factor as slightly positive, slightly weaker and slightly heavy, from the action factor as slightly faster, slightly and slightly active expected. And, from the familiarity factor, as experience slightly unknown, slightly complex and slightly weird.

KEYWORDS: Aging Process, Personal Health, Attitudes.

PRESENTACIÓN

El proceso de envejecimiento es progresivo, de velocidad diferente en cada ser humano, y comprende una serie de cambios que altera el equilibrio homeostático del organismo y haciéndolo vulnerable a la enfermedad y a la muerte, ya sea debido a la agresión de agentes externos o a un programa determinado genéticamente.

En el Perú, durante las últimas décadas la disminución de la natalidad y mortalidad ha llevado progresivamente al incremento de la población adulta mayor. Según el Censo de la Población y Vivienda del año 2007 la población adulta mayor representaba el 9.2% del total de la población y se estima que para el 2025 representará el 13.27%. No obstante, los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) correspondiente al trimestre octubre-noviembre-diciembre 2012, revela que la población con 60 y más años de edad, denominada personas "adultas mayores" representa el 9,3% del total de población (el 7,8% son personas adultas de 60 a 79 años de edad y el 1,5% de 80 y más años de edad).

El envejecimiento de la población peruana es una situación demográfica cuyos efectos sociales y económicos requieren de una respuesta activa de los diferentes sectores de la sociedad en general y del sector salud en particular, involucrados en la temática del adulto mayor. En tal sentido, el sistema de salud requiere de manera urgente responder a las necesidades de salud producto del cambio demográfico y epidemiológico que se observa en nuestra población nacional.

Lo anteriormente expuesto implica que el personal que labora en los centros de salud deben tener habilidades y actitudes que les permita establecer, desde un inicio, empatía con este grupo etario generando un clima de confianza, seguridad y respeto, a fin de brindar una atención integral de calidad.

Es por ello que el presente estudio aborda las actitudes del personal de salud hacia el proceso de envejecimiento, ya que las actitudes según Myers, 1995; “(...) son la reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia algo o alguien, que se manifiesta en nuestras creencias, sentimientos o conductas proyectadas”, es decir, según la definición las actitudes tienen tres componentes: cognitivo, afectivo y conativo-conductual.

Si se conoce las actitudes del personal se puede predecir su comportamiento dado que la actitud es específica. Esto es relevante ya que se podrá direccionar o fortalecer las actitudes, lo que contribuirá a que los trabajadores brinden una mejor calidad de atención y tengan una predisposición favorable hacia envejecimiento.

En su presentación física, el presente trabajo de investigación consta de:

Capítulo I: Introducción, en el cual se detalla el Planteamiento, Delimitación y Origen del Problema, la Formulación del problema, Justificación, Objetivos , Propósito, Antecedentes del Estudio, Base Teórica y Definición Operacional de Términos.

Capítulo II Material y Método, en el cual se describe el Nivel, Tipo y Método utilizado, Descripción del área de estudio, Población sujeto de estudio, Técnicas e Instrumento de recolección de Datos,

Validez y Confiabilidad del Instrumento, Proceso de recolección, así como el Procedimiento para el Análisis e Interpretación de Datos.

Capítulo III: Resultados y Discusión, lo que incluye la presentación de los resultados a través de cuadros y gráficos (perfiles) y la discusión e interpretación de los mismos.

Capítulo IV: Se menciona las conclusiones, limitaciones y recomendaciones. Finalmente se presenta las Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años la población peruana ha ido envejeciendo, ello se constata en el incremento de la esperanza de vida a 70 años, “(...) Esto se debe a diversos factores y tendencias que favorecen el incremento porcentual de los adultos mayores, entre ellas, la mejora en las tasas de supervivencia, aumento de la longevidad, los avances de la ciencia médica, y disminución de la natalidad”.⁽¹⁾

Según los resultados del XI Censo de Población y Vivienda del año 2007, la población a nivel nacional es de 28 millones 220 mil 764 personas, de las cuales la población adulta mayor corresponde a 2 millones 495 mil 643 personas, representando el 9.2 % del total de la población (el 7,8% son personas adultas de 60 a 79 años de edad y el 1,5% de 80 y más años de edad).^{(2), (3)}

Este incremento de número de personas que sobrepasa el umbral de la vejez se presenta en mayor porcentaje en los países en vías de

desarrollo, debido a que en los países desarrollados el proceso de envejecimiento ha tenido un ritmo más lento.

En nuestro país la ley N° 28803, del artículo 2° define al adulto mayor a toda persona que tenga 60 o más años de edad. ⁽⁴⁾

No obstante, “(...) Cabe resaltar que si bien la Organización Mundial de la Salud considera al adulto mayor a partir de los 65 años, esta definición no se ha considerado en Latinoamérica; debido al menor nivel de desarrollo y esperanza de vida con otros países.” ⁽⁵⁾

Las expectativas que las personas mantienen acerca de los cambios ligados al envejecimiento puede ser un importante factor que explique cómo la persona experimenta dichos cambios y qué consecuencias tiene para ella.

Siendo “(...) el envejecimiento del ser humano un proceso natural, universal, progresivo y continuo durante todo el ciclo de vida. Su buen estado funcional está directamente relacionado con las bases genéticas de la persona, los estilos de vida, la calidad del medio ambiente, el acceso y calidad de la oferta de los servicios de salud...” ⁽⁶⁾

Mantener la calidad de vida en la vejez y aumentar el número de años es una prioridad para la salud pública.

Para este fin, “El Ministerio de Salud ha establecido los Lineamientos para la Atención de Salud Integral de las Personas Adultas Mayores”, que busca lograr el bienestar físico, funcional, mental y social; promoviendo el envejecimiento activo y saludable a través del abordaje eficiente de las necesidades de salud de esta población.”⁽⁷⁾

De acuerdo con el artículo 9° de la ley N° 28803 “La persona adulta mayor es sujeto prioritario de la atención integral en materia de salud, así como en los casos de emergencia médica o en los que represente enfermedades de carácter terminal.”⁽⁸⁾

“Es por ello que, el personal de salud debe estar capacitado en la atención integral del adulto mayor, así como tener habilidades y actitudes que le permita establecer desde el inicio, empatía con este grupo etáreo proporcionando un clima de confianza, seguridad y respeto. En los establecimientos de salud I-1, I-2, I-3, I-4, según corresponda, se encontrará un equipo interdisciplinario básico integrado por el médico, la enfermera, sensibilizados, capacitados y entrenados para brindar atención integral al adulto mayor. Se incorporan otros profesionales de salud tales como odontólogo, psicólogo, trabajador social, nutricionista entre otros; así como personal técnico de enfermería y/o técnico sanitario, de acuerdo a la complejidad del establecimiento y la disponibilidad de recursos.”⁽⁹⁾

De acuerdo a la información presentada anteriormente, el rápido proceso de envejecimiento de nuestra población requiere de una respuesta activa de los diferentes sectores de la sociedad en general y del sector salud en particular. Debido al cambio demográfico y epidemiológico que se observa en nuestra población nacional habrá mayor demanda de atención en los establecimientos de salud de las personas adultas mayores, es decir, el personal de salud estará en mayor contacto con este grupo etáreo.

Tal situación conlleva a conocer la actitud del personal de salud hacia el proceso de envejecimiento; con el fin de contribuir a mejorar la calidad de atención al adulto mayor que acude al servicio de salud de atención primaria.

Puesto que, “(...) las actitudes no son susceptibles de observación directa, su existencia podría cuestionarse. Sin embargo, ésta es real, y se evidencia por medio de ciertos indicadores, tales como las creencias que expresa el individuo sobre un objeto determinado, sus emociones o sus reacciones ante dicho objeto; el ser humano rara vez es neutral ante las situaciones, personas, grupos u objetos que lo rodean. Cuando las creencias, sentimientos y/o reacciones son relativamente perdurables, forman una actitud.” ⁽¹⁰⁾

Definiendo a la actitud, según Kerlinger (1975) como: “Una predisposición organizada para sentir, percibir y comportarse hacia un referente (categoría que denota: fenómeno, objeto, acontecimiento, construcciones hipotéticas, etc.), en cierta forma es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante el referente o el objeto cognoscitivo”. ⁽¹¹⁾

Efectivamente, una actitud es una predisposición para responder a un determinado objeto o fenómeno y puede ser positivo o negativo. Una actitud será positiva cuando el sujeto muestre cierta tendencia de acercamiento o aceptación hacia el objeto de actitud, y será negativa cuando el sujeto muestre rechazo o evite el objeto de actitud.

A la fecha no se encontraron estudios que permitan conocer las actitudes del personal de salud en un primer nivel de atención hacia el proceso de envejecimiento. Siendo las actitudes de importancia puesto que pueden ejercer cierta influencia sobre el comportamiento de las personas, debido a ello se decidió realizar el presente estudio que pretende ser una primera aproximación a las actitudes que mantienen los trabajadores de salud hacia el proceso de envejecimiento.

Durante mis prácticas como estudiante de enfermería, en el trato e interacciones diversas con algunas personas pertenecientes al

personal de salud del Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo manifiestan respecto al envejecimiento: “Es un proceso por el cual todos tenemos que pasar”, “Algún día tendré que llegar a esa edad”, “Es una etapa más de la vida”, “a todos nos toca”, “no lo he pensado aun”, “Es una etapa de declive en el ser humano”,entre otras expresiones.

Esta realidad permitió analizar y plantear las siguientes interrogantes sujetas de ser investigadas: ¿A qué se debe esas frases de indiferencia?, ¿Hay aceptación o rechazo?, ¿Cuáles son las actitudes hacia el proceso de envejecimiento?, ¿Qué es lo que opina el personal de salud acerca de su propio envejecimiento?, ¿Existe una relación directa o inversa entre actitud y el comportamiento?, ¿Cuáles son los conocimientos que tiene los trabajadores de salud sobre el proceso de envejecimiento?

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las actitudes hacia el proceso de envejecimiento, del personal de salud del Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2013?

C. JUSTIFICACIÓN:

Ante el constante incremento de la esperanza de vida en el país y a nivel mundial, es evidente que se van generando nuevas demandas para el sector social, denominado como “adultez mayor”, es por ello la importancia de la conservación de la salud de este grupo poblacional. Frente a ello el Ministerio de Salud, ha establecido lineamientos para

atender de manera integral las necesidades de salud de la población de este grupo etáreo, a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social.

De tal manera, que a medida que la proporción de adultos mayores continúa incrementándose, se torna cada vez más importante comprender las actitudes hacia el proceso de envejecimiento, especialmente entre las personas que comprenden al personal de salud porque todos los profesionales de la salud reconocen que la atención de los adultos mayores, representa una proporción cada vez mayor de la atención primaria a la salud. En el Centro de Salud donde se cuenta con un equipo multidisciplinario, la valoración clínica del adulto mayor puede incluir la colaboración de varios miembros del equipo. Dicha valoración debe realizarse dentro de un marco de respeto, evitando los estereotipos, tales como: la infantilización (pensamiento equivocado de que el adulto mayor es similar a un niño), la presunción de que oyen poco y hay que gritarles a todos, que están dementes, etcétera.

Teniendo en cuenta que las “actitudes son predisposiciones a responder a alguna clase de estímulos con ciertas clases de respuestas”, considerada por teoría, a la actitud como un predictor del comportamiento.

En la actualidad, debido al incremento del envejecimiento habrá mayor presencia de los adultos mayores en los establecimientos de salud de atención primaria. De tal manera que el personal de salud tendrán un mayor contacto con este grupo etáreo a fin de brindar una atención integral.

Con el presente estudio se obtendrán datos necesarios que nos permitan tener una visión de cómo las actitudes pueden influir en el

comportamiento del personal de salud que laboran en el primer nivel de atención, y si estas actitudes son positivas determinarían una atención integral adecuada. Pero si son negativas se prevé todo lo contrario.

D. OBJETIVOS:

Objetivo General:

- Determinar las actitudes hacia el proceso de envejecimiento del personal de salud del Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo.

Objetivos Específicos:

- Identificar las actitudes hacia el proceso de envejecimiento con respecto a la apariencia física y funcionalidad del organismo (cambios biológicos) del personal de salud del Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo.
- Identificar las actitudes hacia el proceso de envejecimiento con respecto a los cambios psicológicos, del personal de salud del Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo.
- Identificar las actitudes hacia el proceso de envejecimiento con respecto a los cambios

sociales, del personal de salud del Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo.

- Elaborar el perfil de las actitudes según los factores de evaluación, potencia, acción y familiaridad que predominan en el personal de salud hacia el proceso de envejecimiento según los cambios biológicos, psicológicos y sociales empleando la técnica del diferencial semántico.

E. PROPÓSITO:

Los resultados del estudio están orientados a proporcionar al equipo de salud del Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo información actualizada y relevante sobre actitudes que tienen el personal de salud del primer nivel de atención hacia el proceso de envejecimiento. Los resultados favorecerán a que en el futuro se realicen programas de sensibilización a las personas involucradas en la promoción, prevención y atención de personas adultas mayores, a fin de que se modifiquen actitudes personales y profesionales referidas al vejeismo, lo cual interviene con una atención de calidad que tienen derecho a recibir los adultos mayores y por ende tener una predisposición favorable hacia el envejecimiento.

F. MARCO TEÓRICO:

F.1. ANTECEDENTES:

Hasta el momento no se ha encontrado investigación alguna como antecedente directo para el presente trabajo de investigación en el primer nivel de atención en salud; sin embargo, a continuación se presentan algunas investigaciones que tienen como variable de estudio a la actitud y el proceso de envejecimiento:

En el ámbito internacional:

Villar Posada, Feliciano, en el año 1997, en España, realizó un estudio titulado “Actitudes hacia el envejecimiento: Evaluación y relación con la edad” cuyo objetivo fue: Examinar qué actitudes se mantienen respecto al proceso de envejecimiento y las posibles diferencias asociadas a la edad de dichas actitudes. Para ello, se utilizó una escala de 18 ítems basada en la técnica del diferencial semántico a una muestra compuesta por 82 personas cuyas edades oscilaban entre los 20 y 56 años. El muestreo fue de tipo intencional teniendo dos criterios, sexo y edad. En sus resultados se evidencio que 9 de los ítems de la escala mostraban una tendencia hacia el polo positivo de la actitud, otros los hacían hacia el polo negativo. Respecto a la edad los mayores de 30 años mostraron en general actitudes más positivas que los menores de esa edad. Siendo la conclusión más importante:

“Los resultados parecen ser cohortes con una visión del envejecimiento relativamente compleja, en la que conviven aspectos tanto positivos como negativos, a las vez que parece

existir una tendencia a una mejora de la actitud con la edad”.⁽¹²⁾

Marcelo Arnold, Cathalifaud y colaboradores: Thumala Daniela, Urquiza Anahí y Ojeda Alejandra; en el año 2007, en Chile, realizaron un estudio titulado “La vejez desde la mirada de los jóvenes chilenos” cuyo objetivo fue: Conocer sobre las imágenes que los jóvenes universitarios chilenos tienen de la vejez. En el estudio fue exploratorio y se aplicó una prueba del tipo diferencial semántico, diseño no probabilístico, el instrumento estuvo compuesto por una serie de pares de adjetivos, generados a partir de la literatura especializada, que permiten discriminar atribuciones sobre la vejez. La muestra estuvo conformado por 682 estudiantes de pregrado universitarios. El diseño muestral fue de naturaleza no probabilística. Las conclusiones más resaltantes fueron:

“Hemos constatado que las atribuciones que aplican los jóvenes chilenos a la vejez apuntan a una idea de decadencia. Esta decadencia puede ser interpretada como otra consecuencia no esperada de nuestros procesos de modernización, como es el caso del aumento promedio de la esperanza de vida al nacer, y que finalmente se traduce en la exclusión social para este grupo etáreo. La mayoría de los jóvenes encuestados perciben la vejez como una desgracia. Posiblemente ello tenga relación con la sobrevaloración que hoy en día se tenga de la juventud. En una sociedad donde la realización personal se asocia al éxito y este es vinculado al logro de estatus y dinero, las capacidades competitivas, atribuidas mayoritariamente a los jóvenes y adultos jóvenes, son vistas como centrales para acceder a la felicidad.”⁽¹³⁾

En el ámbito nacional podemos citar los siguientes:

Magallan Galac, Saturnino, en el año 1988, realizó un estudio titulado “Actitudes de las enfermeras asistenciales que laboran en los hospitales nacionales: Guillermo Almenara Irigoyen y Edgardo Rebagliateri Martins, hacia el paciente anciano y atención de enfermería” cuyo objetivo fue: Determinar las actitudes de las enfermeras asistenciales hacia el paciente anciano. El método utilizado fue el descriptivo, la predisposición actitudinal fue medida, utilizando una escala ordinal que oscila entre los valores del 1 al 8, teniendo como punto de referencia adjetivos bipolares (diferencial semántico). La población estuvo constituido por 607 enfermeras asistenciales, del cual 302 enfermeras pertenecen al Hospital Guillermo Almenara Irigoyen y 305 enfermeras que representan al Hospital Edgardo Rebagliateri Martins. Entre sus conclusiones mencionan:

“El promedio actitudinal indica que las enfermeras asistenciales que laboran en los servicios de cirugía, medicina y especialidades. Denotan actitud general de “Indecisión” hacia el paciente anciano, es decir, no aceptan, ni rechazan al anciano dimensionado en sus aéreas biológicas, psicológicas y sociales. Existe influencia importante de la EDAD de la enfermera asistencial sobre la dirección e intensidad de sus actitudes hacia el paciente anciano y la Atención de Enfermería que requiere dicho paciente. Existiendo además una diferencia proporcional significativa en cuanto a la orientación de las actitudes entre los grupos de edad, es decir, que a mayor edad las actitudes tienden a ser positivas y de aceptación.”⁽¹⁴⁾

Cuadro Nestor, Alejandro, en el año 1989, realizó un estudio titulado “Actitudes de los enfermeros asistenciales que trabajan en forma permanente y eventual con el anciano en las instituciones de salud de Lima Metropolitana”, cuyo objetivo fue. Determinar si existe diferencia entre las actitudes que tienen los enfermeros asistenciales que trabajan en forma permanente con el anciano y las que tienen los enfermeros asistenciales que trabajan en forma eventual con el anciano, hacia el envejecimiento. El diseño metodológico fue el descriptivo, explicativo, comparativo y correlacional; el área de estudio estuvo constituida por las instituciones de salud de Lima Metropolitana; la población en su conjunto estuvo conformada por 145 enfermeros asistenciales que trabajan en forma permanente (30) y eventual (115) con el anciano; la muestra fue determinada a través de fórmulas estadísticas de poblaciones finitas y el tipo de muestreo fue el probabilístico aleatorio o al azar simple; el instrumento utilizado fue el cuestionario estructurado de carácter anónimo basado en la escala de Likert.

Los hallazgos más significativos fueron:

“No existe diferencia estadísticamente significativa entre las actitudes que tienen los enfermeros asistenciales que trabajan en forma permanente con el anciano y las que tienen los enfermeros asistenciales que trabajan en forma eventual con el anciano, en las Instituciones de Salud de Lima Metropolitana, hacia el envejecimiento.

La intensidad de las actitudes que tiene el mayor porcentaje de enfermeros asistenciales que trabajan en forma permanente y eventual con el anciano en las instituciones de salud de Lima metropolitana, hacia el envejecimiento

como proceso son de indiferencia y rechazo leve, sin embargo la dirección de las mismas es positiva; existiendo un mínimo porcentaje de enfermeros que tiene actitudes negativas tanto en intensidad como en dirección.

La intensidad de las actitudes que tiene mayor porcentaje de enfermeros asistenciales que trabajan en forma permanente y eventual con el anciano en las Instituciones de salud de Lima metropolitana hacia los cambios físicos del envejecimiento son de indiferencia y rechazo leve y la dirección está orientada positivamente; existiendo un menor porcentaje de enfermeros asistenciales cuyas actitudes hacia estos cambios son negativos tanto en intensidad como en dirección.

La intensidad de las actitudes que tiene mayor porcentaje de enfermeros asistenciales que trabajan en forma permanente y eventual con el anciano en las Instituciones de salud de Lima metropolitana hacia los cambios psicológicos del envejecimiento son de indiferencia y rechazo leve, sin embargo la dirección de las mismas está orientado positivamente; y las actitudes de menor porcentaje de enfermeros asistenciales hacia estos cambios son de indiferencia, rechazo leve y están orientados negativamente.

La intensidad de las actitudes que tiene mayor porcentaje de enfermeros asistenciales que trabajan en forma permanente y eventual con el anciano en las Instituciones de salud de Lima metropolitana hacia los cambios sociales del envejecimiento, son de indiferencia y rechazo leve, sin embargo la dirección de las mismas está orientada positivamente; y las actitudes de menor porcentaje de enfermeros asistenciales hacia los cambios sociales de este proceso, son de indiferencia, rechazo leve y están orientadas negativamente.”⁽¹⁵⁾

Vilca Apaza, Adeliz Arminda, en el año 2010, realizó un estudio titulado “Percepción del adulto maduro sobre el proceso de envejecimiento en el centro de salud José Carlos Mariátegui, en Villa María del Triunfo”, cuyo objetivo fue: Determinar la percepción del adulto maduro sobre el proceso de envejecimiento en el Centro de Salud José Carlos Mariátegui. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo y de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por 198 adultos maduros de ambos sexos de 40 a 59 años de edad, para fines del estudio se tomó una muestra de 74 adultos maduros. La técnica que se utilizó fue la encuesta-entrevista y el instrumento es una Escala de tipo Lickert modificada.

Entre sus conclusiones menciona:

“La percepción que tienen los adultos maduros sobre el proceso de envejecimiento es mediadamente favorable, y que aceptan parcialmente sus cambios físicos, psicológicos y sociales.”⁽¹⁶⁾

De las investigaciones presentadas, podemos apreciar que han aportado información valiosa y han motivado a elegir el tema de estudio a la vez que han orientado a aplicar el diferencial semántico como técnica en la medición de actitudes.

F.2. BASE TEÓRICA

1. LA ACTITUD COMO PREDICTOR DEL COMPORTAMIENTO.

1.2 Relación entre Actitud y Comportamiento

La actitud en la actualidad tiene una gran variedad de definiciones, debido a que es uno de los temas más estudiados en la psicología social, a continuación se señalan autores que la define como:

Allport, (1935) es “Un estado mental y neurológico de las disposiciones a responder organizadamente a través de la experiencia y que ejerce una influencia directriz y/o dinámica de la conducta.” ⁽¹⁷⁾

Rodríguez, (1976) refiere: “Una organización duradera de creencias y cogniciones, dotadas de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido que predispone a una acción coherente en las cogniciones y afectos relativos a dichos objetos.” ⁽¹⁸⁾

Mientras que Whithaker, (1987) la define: “Una predisposición para responder de manera predeterminada frente a un objeto específico.” ⁽¹⁹⁾

Todos los investigadores concuerdan de una manera u otra, que las actitudes son un proceso adquirido, predisposiciones de reaccionar ante un determinado objeto. De tal manera que están relacionadas con el comportamiento que mantenemos, por ejemplo un individuo con actitudes favorables hacia los programas de bienestar

social, se comportara muy distinto de un individuo con actitudes desfavorables.

Según Papúa, (1979) “Las actitudes solo son un indicador de la conducta, pero no la conducta en sí. Es por ello que las mediciones de actitudes deben interpretarse como síntomas, no como hechos.” ⁽²⁰⁾

La misma conducta puede ser fuente de las actitudes. No obstante lo que hay que comprender es esto: “...Las actitudes implican lo que la gente piensa, siente respecto a, y cómo les gustaría comportarse respecto a un objeto de actitud...” ⁽²¹⁾

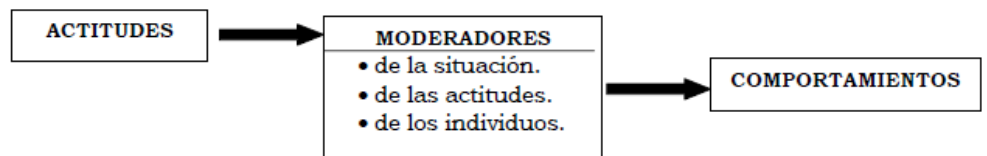
“(...) Para poder predecir y controlar las conductas debemos saber cómo se desarrollan las actitudes. Las actitudes se desarrollan debido a la satisfacción de necesidades. Las actitudes, además de ofrecer un significado a nuestro mundo individual, sirven para alcanzar otros objetivo y satisfacer varios fines.”⁽²²⁾

Ajzen y Fishbein (1977) señalan que tanto las actitudes como la conducta pueden caracterizarse mediante cuatro elementos diferentes ⁽²³⁾:

- El elemento acción: Qué conducta se va a ejecutar.
- El elemento objetivo: A qué objetivo se dirige la conducta.
- El elemento contexto: En qué contexto se ejecuta la conducta.
- El elemento tiempo: En qué momento se realiza la conducta.

Estudios recientes muestran una más estrecha relación entre actitud y conducta cuando el sujeto se halla bajo la presión del tiempo. Según Baron y Byrne (2002): “En situaciones donde la presión de tiempo es elevada, el vínculo actitud -comportamiento tiende a ser más fuerte que en situaciones donde no hay presión y donde los individuos disponen de tiempo para pensar en la información disponible con más detenimiento.” ⁽²⁴⁾

Para este autor las actitudes influyen en el comportamiento, aunque esta influencia no es simple y está restringido bajo diversos “moduladores”; que debilitan la influencia de los primeros sobre los segundos.



Así por ejemplo una persona que manifiesta actitudes xenófobas, exhibirá con mayor probabilidad comportamientos xenófobos, y esa probabilidad sería alta, media o baja según los contextos en que ocurrieran las situaciones. ⁽²⁵⁾

1.3 Características de las Actitudes

Algunas características de las actitudes según Scott (1968) son⁽²⁶⁾:

- Su dirección bipolar positiva-negativa o neutra.
- Su magnitud, extremosidad o grado de favorabilidad-desfavorabilidad.
- Su intensidad o fuerza del sentimiento.
- Su ambivalencia o presencia simultánea de aspectos favorables y desfavorables.
- Su prominencia o centralismo, la importancia focal o periférica de una actitud dentro de su constelación.
- Su prominencia afectiva
- Su complejidad cognoscitiva
- Su apertura o fuerza compartamental
- Su encaje dentro de la estructura cognoscitiva
- Su flexibilidad o rigidez
- El grado de su concientización.

Avellaneda, (1980) describe las siguientes características⁽²⁷⁾:

- Son aprendidas, se forman a través de la experiencia
- Influyen en el comportamiento del sujeto
- Propenden a ser estables, pero pueden ser modificables
- Pueden ser favorables o desfavorables
- Se expresan por lo general por lo que decidimos y por la manera en que lo decimos
- Seleccionan los hechos. Cuando la persona tiene un conjunto de observaciones; tiende a seleccionar ciertos hechos como favorables o compatibles con su actitud y a rechazar o ignorar los hechos que se oponen a su actitud.
- Ejerce un papel motivador en la conducta

- Se necesita algo más que la fuerza de voluntad para cambiarlos; es decir, un cambio radical en la manera de ver y sentir las cosas.

Según Calenzani, (1983) las actitudes tienen las siguientes características ⁽²⁸⁾:

- Dirección: "... las actitudes pueden estar orientadas positiva o negativamente con respecto a un objeto". Se entiende por "positiva" a la tendencia de acercamiento hacia el objeto al cual tiene determinada actitud, mientras que la "negativa" se refiere a la predisposición a evitar el objeto.
- Intensidad: Está relacionada con el aspecto emocional de las actitudes lo cual determina los grados de intensidad con que reaccionan frente al objeto de la actitud, es decir el grado de sentimiento representado (favorable, medianamente favorable, desfavorable).
- Coherencia: Una actitud tiene correspondencia con cierta circunstancia o situaciones, frente a lo que el sujeto actúa con una entidad determinada.
- Claridad: Hay actitudes que son más objetivas, claras y criticados por las personas.

Para Kahneman, (1999) las características esenciales de las actitudes son las siguientes⁽²⁹⁾:

- El núcleo de una actitud es su "valoración", que asigna a una entidad un "valor afectivo", que varía desde lo extremadamente positivo a lo extremadamente negativo

- Son actividades mentales, no estados objetivos, y por tanto, están sujetas a los efectos de “encuadramiento” y de “varianza” que excluye los axiomas de las preferencias
- La actitud hacia un conjunto de objetos se fija conforme el valor afectivo que posea el prototipo que lo representa.
- No están sujetas al axioma de la extensionalidad.

1.4 Componentes de la Actitud

En las definiciones de actitud, se pueden diferenciar tres componentes principales: uno de conocimiento o cognitivo (una idea, creencia o imagen), otro afectivo (cargada de emoción) y otro comportamental o conductual (que predispone a un tipo de acción).

Zimbard y Ebbeson, (1976) menciona que las actitudes están compuestas por tres componentes que incluyen ⁽³⁰⁾:

- El componente afectivo: Consistente en la evaluación de la respuesta emocional.

También es conocido como el componente sentimental y se refiere a las emociones o sentimientos ligados con el objeto de la actitud, encontrarse a lo largo de todo un continuum que va desde lo positivo hasta lo negativo.

- El componente cognitivo: Esta referido al conocimiento factual del objeto o persona.

Es el más importante; toda vez que sin conocimiento no hay actitud, en él se incluyen “las creencias” acerca de un objeto, el número de elementos de este componente varía de una

persona a otra. No obstante, no es necesario tener un conocimiento muy amplio de un objeto social para que se evidencie una actitud; ya que puede presentarse incluso cuando la cognición es muy limitada. Igualmente puede haber creencias estructuradas basadas sobre datos poco reales o erróneos

- El componente conductual: Es la conducta explícita dirigido hacia un objeto o persona.

En otras palabras el componente conductual es la predisposición de actuar frente al objeto actitudinal caracterizado o evaluado positiva o negativamente.

1.5 Formación de Actitudes

“Las actitudes se aprenden como parte integral del proceso de socialización (Fishbein y Ajzen, 1975; Mc Guire, 1969; Oskamp, 1977) y se pueden desarrollar a través de la experiencia directa e indirecta con interacciones con otros.”
(31)

Según Armendáriz: “El periodo crítico en la formación de las actitudes tiene lugar entre los 12 y 30 años de edad, y las influencias importantes son la familia, los compañeros, la educación, los incidentes críticos y decisiones, hacia el final de este periodo las actitudes llegan a ser bastante estables y persistentes.” (32)

“(…) Las actitudes son creadas a través de las actitudes de las otras personas. El niño a través de la relación e identificación que realiza con los padres, desarrolla una serie de actitudes que se van formando a medida que amplía su campo afectivo relacional a lo largo de su vida social..., las actitudes nacen, desaparecen, se transforman. Las actitudes se inscriben en la historia del individuo, y debido a ello pueden cambiar en función de las experiencias personales, ya que forman parte de su personalidad” ⁽³³⁾

Se puede decir que el factor más importante es la acción que sobre ellas ejercen las experiencias personales que vivencia el individuo con el objeto de actitud. En este sentido las actitudes son susceptibles de ser modificada o cambiada.

1.6 Medición de la Actitud

Los métodos utilizados con mayor frecuencia en la medición de las actitudes son:

- La Escala de Likert; aquí el investigador redacta varios reactivos, enunciados u oraciones, los cuales irán acompañados de una escala de cinco intervalos en la cual el individuo debe señalar el grado de acuerdo o desacuerdo con el enunciado presentado.
- El diferencial semántico; es un instrumento de evaluación psicológica creado por Charles Osgood, George Suci y Percy Tannenbaum en 1957. Se plantea que un concepto

adquiere significado cuando un signo (palabra) puede provocar la respuesta que está asociada al objeto que representa; es decir, establece la reacción ante el objeto simbolizado.

Es definido también como:

“(...) técnica de medida muy generalizable que exige adaptación de su forma y contenido según el tipo de problema que se quiere investigar.”⁽³⁴⁾

“(...) El diferencial semántico no es un test psicológico en el sentido generalizado del término; es decir, un instrumento con un número definido de reactivos, calificaciones y baremos específicos. Constituye, si una técnica de medida muy generalizable que exige adaptación de su forma y contenido según el tipo de problema que se quiere investigar.”⁽³⁵⁾

“(...) Esta escala permite al investigador presentar cualquier objeto de actitud, ya sea una persona, un asunto, una institución, una práctica, un cuadro, una composición musical o cualquier otra cosa. Se emplea una serie de escalas, unidas por adjetivos polares, y el sujeto reacciona ante los objetos de actitud sobre esta serie de escalas estándares.”⁽³⁶⁾

El diferencial semántico está constituido por:

- Escala bipolares: El diferencial semántico mide el significado de las palabras por medio de escalas

bipolares, las cuales están constituidas por adjetivos antónimos. El sujeto califica el estímulo según la reacción que tiene de la relación entre la palabra o frase estímulo y uno de los polos de la escala. Las calificaciones indican la dirección e intensidad de la relación del estímulo con los adjetivos.

- Dimensiones del espacio semántico: Establece el grado en que dos conceptos diferentes provocan mismas reacciones en el sujeto.
- Factores del diferencial semántico: Como acabamos de comentar los adjetivos con los que el sujeto evalúa en el Diferencial semántico se encuadran en tres dimensiones o factores:
 - Valoración o evaluación del concepto; es un factor determinante del significado ya que entra a evaluar actitudinalmente al concepto
 - Ej. : Bueno - malo, justo - injusto, etc.
 - Mayor o menor potencia; hace referencia a la potencia o la fuerza que para un sujeto tiene un determinado concepto.
 - Ej. : Grande - pequeño, duro - blando, etc.
 - Mayor o menor actividad; por último este término se refiere a la actividad o agilidad.
 - Ej. : Rápido - lento, etc.

Los conceptos giran alrededor de estos tres ejes, de manera que el significado de un concepto se define por su valor en evaluación, potencia y actividad. Estos factores son los marcos donde queda encuadrado el espacio semántico.

2. LA ACTITUD Y LA VEJEZ

2.1. Definición de Vejez

Existen numerosas definiciones del proceso de envejecimiento, enfocadas desde distintos puntos de vista. Una de las más aceptadas es la que conceptúa al envejecimiento como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los organismos vivos.

El envejecimiento es un proceso universal (afecta ineludiblemente a todos los seres vivos), presenta una gran variabilidad individual.

Se debe entender la vejez como una fase más de nuestro ciclo vital (como la infancia, la adolescencia o la madurez), con sus características propias, unas más agradables y otras menos, que se irán presentando de forma progresiva, en función de factores intrínsecos individuales (genéticos, hereditarios), actitudes personales y circunstancias que han rodeado nuestra vida.⁽³⁷⁾

2.2 Mitos y Realidades sobre el Envejecimiento

La vejez es una etapa rodeada de diversos mitos, que en la mayoría de veces son erróneos y profundamente injustos, los cuales han contribuido que en la sociedad se creen una serie de prejuicios y se tenga una imagen negativa de este periodo considerando a la vejez como una época de decadencia, inactividad y con varias enfermedades.

Las actitudes y estereotipos negativos en relación a la vejez han sido sistematizada por autores como Branco y Williamson (1982)

y Levin (1980), que las denominan mitos sobre el envejecimiento. ⁽³⁸⁾

2.2.1. Mitos Biológicos:

- Mito de la edad biológica: Se basa en la creencia exagerada en la normatividad de los cambios asociados al envejecimiento. Así, se contemplan los cambios que sufren las personas mayores como causadas y determinadas únicamente por su edad. Se asume que el envejecimiento es un proceso uniforme por toda la población, obviando la existencia de diferencias individuales.
- Mito de la mala salud: Se asocia la vejez a un periodo inevitablemente marcado por enfermedades incapacitantes que provocan una pérdida de autonomía y, en último término, la muerte. Tales enfermedades afectarían de forma generalizada a todos los órganos y sistemas, incluyendo aquellos que nos permiten relacionarnos con el mundo (sensoriales o motores) y otros más centrales, como el sistema nervioso y en concreto el cerebro.

2.2.2 Mitos Psicológicos:

- Mito de la senilidad: La personalidad del anciano contemplaría todos aquellos rasgos que estaban en etapas anteriores de la vida, pero llevados a límites externos. También se contemplaría a los viejos como personas fundamentalmente egoístas, demandantes e irritables únicamente en ellos, en

una especie de retorno a muchas de las características propias de niños.

- Mito del declive intelectual: La capacidad cognitiva de las personas mayores se verían en declive muy acusado respecto a años anteriores de la vida. El declive afectaría a capacidades de memoria e inteligencia y provocaría de manera global, una imposibilidad para aprender cosas nuevas y adaptarse a los cambios.
- Mito del declive social: Hace referencia a que la actividad sexual cesa al llegar la vejez. Los mitos abandonarían las prácticas sexuales no solo por imposibilidad física para llevarlas a cabo, sino también por un descenso o desaparición de las desmotivaciones y deseos sexuales. Es más, las actividades sexuales desarrolladas por los viejos serían vistas casi como perversiones morales reprobables, propias únicamente de “viejos verdes”.

2.2.3 Mitos Sociales:

- Mito de la pobreza: Se pensaría que los viejos constituyen un estrato social especialmente afectado por la pobreza y la marginación. Esto aumentaría su dependencia, ya sea de los sistemas de ayuda formales o de la asistencia de familia.
- Mito de jubilación: Se basa en la creencia de que la vejez es un periodo de descanso tras una dura vida dedicada al trabajo, descanso que es preferido y

buscado por las propias personas mayores. También incluiría creencias relativas a la poca efectividad y productividad de los viejos en el trabajo, lo que aconsejaría su sustitución por trabajadores más jóvenes.

- Mito del aislamiento social: Como consecuencias de las pérdidas en todos los sentidos que caracterizan la vejez (pérdida del rol laboral, familiar, la pareja, de amigos, etc.), los viejos se verían como personas sin apenas relaciones sociales, solitarios, en una actitud pasiva, actitud elegida por ellos mismos en espera de la inminencia de la muerte.
- Mito del conservadurismo: Las persona mayores, como grupo estarían interesados en el mantenimiento de los valores y orden social tradicional. Se opondrían a todo cambio o indicio de modernidad o progreso. Por ello se convertirían en los principales sustentadores de opciones políticas de corte conservador, defensoras del statu quo.”

Según Robert Butler (1975) ha resumido todos los mitos en una sola imagen ilustrativa:

“Los individuos de edad avanzada piensan y actúan con lentitud. No piensan con tanta claridad o tanta creatividad como lo solían hacer. Están apegados a sí mismos y a su pasado y ya no pueden continuar cambiando o madurando, Han dejado de aprender satisfactoria, rápidamente e incluso si pudieran no desearían hacerlo. Apegados a sus tradiciones personales y a

una actitud conservadora cada vez mayor, detestan las novedades y no están dispuestos a defender nuevas ideas. No solo han dejado de progresar sino que a menudo son víctimas de regresiones. Entran a una segunda infancia, con frecuencia atrapados en un egocentrismo cada vez mayor, exigiendo más de su entorno de lo que están dispuesto a ofrecerle. Se vuelven irritables e irritantes, pero superficiales y debilitados. Viven en el pasado. Están desorientados y se vuelven distraídos, están llenos de recuerdos y son locuaces. De hecho están absortos en pensamientos de declive e ideas de deterioro mental y físico. Han perdido muchos amigos, a su cónyuge, trabajo, prestigio, poder, influencias e ingresos, y no pueden reemplazar. A menudo las aquejan enfermedades que limitan sus movimientos, les impiden disfrutar del placer de la comida y del bienestar. El interés y la actividad sexual decaen. Su cuerpo esta surcado de arrugas, el flujo de sangre al cerebro disminuye. Débil y falto de interés constituye una carga para la sociedad, para la familia y para sí mismo, esperando la muerte.” ⁽³⁹⁾

2.3 Actitud hacia la Vejez

“Los seres humanos contemplamos perplejos que envejecernos; es algo que creemos que no va ocurrirnos, que es cosa de otros, distante; sentimos que tal vez hasta logremos esquivar este fenómeno. No obstante, tarde o temprano dejamos de pertenecer al selecto grupo y nos vemos relegados, enfrentarnos a que la fantasía de no envejecer es solo es: una fantasía...” ⁽⁴⁰⁾

En 1996, Birren recoge los primeros testimonios filosóficos de la doble visión de la vejez, manifestando:

“La vejez para Platón es el momento supremo en la edad del hombre y para llegar a una senectud plena, es necesaria una madurez responsable. Por el contrario, en las dos obras que su discípulo escribió en relación a la vejez (De la longevidad y la brevedad de la vida y De la juventud y la vejez), Aristóteles consideraba a la vejez-senectud como una enfermedad natural, siendo esta la última etapa de la vida en la que llega el deterioro y la ruina. Y se ha de llegar a ella porque la vejez es sustancial y necesaria, en tanto que inevitable, en la vida del ser humano” ⁽⁴¹⁾

Estas dos visiones van a verse representadas a todo lo largo de la historia del pensamiento humano; puesto que se equipara juventud con lo deseable y vejez como lo indeseable.

Según Butler (1969), este prejuicio presenta tres aspectos ⁽⁴²⁾:

- Actitudes negativas hacia los viejos como grupo, que implican una evaluación hostil de los individuos que se categorizan como “viejos”.
- Como consecuencia de lo anterior, una predisposición a discriminar a los viejos (por ejemplo, evitar el contacto con ellos, culpabilizarlos, victimizarlos, marginales o cualquier otro comportamiento que implique

descredito), en función únicamente de su edad cronológica.

- Prácticas o políticas institucionales que, a través de la elaboración de normas legales o morales, reducen las oportunidades de las personas mayores. Dichos prácticas sirven, además, para reforzar y justificar las actitudes y creencias individuales. Representa el cierre de un círculo vicioso de consecuencias nada beneficiosas para las personas mayores.

Finalmente, “(...) como afirma Friedman, se debe “considerar la edad como una variable independiente”, es decir, la persona, “es “con independencia del número de años que tiene, hay otras dimensiones más importantes de las capacidades y necesidades humanas. Reconocer y valorar a la persona y no su número de años debe ser la propuesta central.” ⁽⁴³⁾

3. EL ENVEJECIMIENTO COMO ETAPA DE VIDA

3.1. Epidemiología del Envejecimiento en el Perú

Según Langarica Salazar (1985) “El envejecimiento es una sucesión de modificaciones fisiológicas, psicológicas y sociales, de carácter irreversible que se presentan antes que las manifestaciones externas den al individuo aspecto de anciano”.

⁽⁴⁴⁾

“(..) Envejecer no es un proceso ni singular ni simple; es parte integral del desarrollo biológico y de la secuencia de desarrollo del ciclo de vida que comienza desde la concepción y finaliza con la muerte. El envejecimiento es una parte normal de todo este proceso. Resulta extremadamente difícil señalar cuando comienza la vejez. Esto se debe principalmente a las numerosas diferencias individuales que existen en el proceso de envejecer. El proceso de envejecimiento no es simétrico en la especie, ni en el individuo.” (Sánchez Hidalgo, 1989) ⁽⁴⁵⁾

En los últimos años en el Perú, la población de 60 años a más años se ha triplicado, aumentando en aproximadamente 1 millón 700 mil personas. Según el Censo del 2007 la población adulta mayor es de 2 millones 495 mil 643 personas. ⁽⁴⁶⁾

De tal manera que “Nueve de cada cien peruanos y peruanas son adultos mayores y se prevé que para el año 2025 este grupo poblacional crecerá de sustancialmente y llegará a 4 millones 429 mil personas que significa un 12.4 % de la población total.” ⁽⁴⁷⁾

Este paulatino crecimiento del envejecimiento en la población, se da “(...) como consecuencia del aumento de la esperanza de vida en todas las edades, por ello, cada vez es mayor la proporción de los individuos de cada generación que superan el umbral de los 60 años, y que traspasado esta barrera sobrevive, durante más años.”⁽⁴⁸⁾

No obstante, el proceso de envejecimiento en nuestro país dista mucho de ser homogéneo en grado e intensidad entre las áreas

geográficas. “El grado de urbanización, los niveles diferenciados de fecundidad y los movimientos migratorios hacia las zonas urbanas, debido a la concentración pública y privada en las ciudades, principalmente Lima, son factores que confluyen para que la población del área urbana sea la más envejecida” ⁽⁴⁹⁾

3.2. Teorías del envejecimiento

Aun no se cuenta con una teoría general del envejecimiento que explique el fenómeno de forma tan completa. A continuación se plantean algunas teorías que intentan explicar el envejecimiento desde distintas perspectivas ⁽⁵⁰⁾:

- La teoría del desgaste: Se basa en que el organismo termina por gastarse, influido por lo que Selye denomina actividades negativas y positivas; lo positivo y lo negativo dependerán más de cómo se percibe que de su propia naturaleza.
- La teoría de los desechos: Plantea la relación entre la producción de desechos orgánicos y su eliminación. A lo largo de la vida se va perdiendo capacidad de eliminación y en, consecuencia, se acumulan desechos que dificultan la anormal actividad celular.
- La teoría nerviosa del envejecimiento: Explica que a diferencia de otras células, las neuronas no se renuevan ni son sustituidas, por lo que sufren una lenta y progresiva destrucción.
- La teoría mutacional: Fundamental que las alteraciones que sufre la macromolécula ADN, debidas a las acciones de agentes mutágenos (de origen químico como físico) van afectando la información genética, por lo que se forman nuevas células con características distintas a las células originales. Si se vive por muchos años la proporción de estas nuevas células

aumenta con respecto a las células originales, y esto explica la llamada muerte por envejecimiento.”

Actualmente pueden diferenciarse más de 300 teorías que intentan explicar las causas del envejecimiento humano, si bien coinciden los investigadores en general, sobre las modificaciones y alteraciones que se producen en las células que se asocian a la vejez; difieren respecto a las causas que originan estos mecanismos de envejecimiento en el organismo.

3.3. Cambios Inherentes al Proceso de Envejecimiento

Durante el proceso de envejecimiento se produce cambios desde tres perspectivas.⁽⁵¹⁾

- Cambios biológicos: Desde perspectiva se analizarán los cambios en la estructura anatomofisiológicas del organismo: el envejecimiento de sus capacidades físicas y sus limitaciones asociadas (ser viejo).
- Cambios psíquicos: Incluye los cambios de comportamiento, la autopercepción y las reacciones frente al fenómeno de envejecer del propio y ajeno, creencias y valores del propio individuo y su visión de la vida y la muerte (sentirse viejo).
- Cambios sociales: Se estudia la dimensión del rol del anciano en la sociedad desde la concepción individual hasta el papel de grupo de ancianos en la propia comunidad (ser considerado viejo).

3.3.1. Cambios Biológicos

Con el paso de los años se va produciendo un envejecimiento en el organismo lo que trae consigo cambios morfológicos los

cuales pueden afectar al individuo de forma escasa o en gran manera. A demás el envejecimiento no es un sincrónico o uniforme en un organismo, es decir no todos nuestros órganos o sistemas envejecen al mismo ritmo.

Existen cambios específicos a nivel general del cuerpo entre ellos tenemos ⁽⁵²⁾:

- **Apariencia física, postura y marcha**

- a) Piel: Pierde espesor y elasticidad (aparición de arrugas). Se contusiona más fácilmente al debilitarse los vasos sanguíneos cercanos a la superficie. En las manos y en los pies, y en algunos casos también la cara, aparecen con frecuencia manchas de lentigo senil (manchas pardas de la vejez). Estas manchas son el resultado de la acumulación de melanocitos (células productoras de pigmento). La reducción de la grasa subcutánea da a la cara y a las manos un aspecto hundido o demacrado. La calvicie y la pérdida de pelo en otras partes del cuerpo están en relación con la menor vascularidad de la capa tisular que produce los folículos pilosos.
- b) Talla: Disminuye a los cambios que acontece en la columna vertebral (disminución de altura de discos intervertebrales, lesiones osteoporóticas o artrosicas). La pérdida de estatura se cuantifica en 5-6 cm para las mujeres y 3-5 cm para los hombres y se ve favorecida por anomalías posturales frecuentes, como son el aumento de la cifosis dorsal y una ligera flexión de las rodillas y caderas, que se da fundamentalmente en mujeres.

- c) Marcha: La persona mayor tiende a inclinarse hacia adelante, anda a pasos cortos aumentando la separación de los dos pies y con pobre balanceo de brazos acompañados.

- **Órganos de los sentidos**

Se hacen menos agudos al irse perdiendo las células nerviosas. Los más afectados son el sentido de la vista, audición, pero son afectados también los sentidos del gusto y olfato. Este proceso es acelerado por el tabaquismo y la exposición constante a ruidos altos.

- **Sistema nervioso**

Se produce una pérdida neuronal variable, disminuye el riego sanguíneo cerebral y el número de conexiones interneuronales. Estas modificaciones hacen a la persona mayor a la aparición de cuadros de confusión mental.

- **Sistema cardiovascular**

Se produce una resistencia al llenado ventricular por lo que hay una disminución de la actividad del marcapaso aurículo ventricular. Además se produce el engrosamiento y pérdida de la elasticidad de la pared arterial, en los que se depositan con frecuencia calcio y grasas.

- **Aparato respiratorio**

Disminuye la distensibilidad de la pared torácica por calcificación de los cartílagos costales y atrofia de los músculos respiratorios, disminuyendo el flujo sanguíneo que llega a los pulmones.

- **Aparato digestivo**

Se produce disminución en la producción de la saliva y junto a la pérdida de piezas dentaria contribuye a una masticación deficiente. Hay una disminución del peristaltismo que condiciona a la aparición de estreñimiento.

- **Aparato genitourinario**

La capacidad de la vejiga urinaria se encuentra disminuida lo que hace frecuente la aparición de incontinencia. Además hay una disminución de hormonas sexuales por lo que en los varones la erección es más tardía y requiere más caricias y contactos en la estimulación directa sobre el pene. La eyaculación se retrasa como consecuencia de una disminución en la sensibilidad del mecanismo eyaculador, reduciéndose de igual manera la frecuencia de eyaculaciones precoces. El orgasmo tiene duración más corta y generalmente hay una reducción o ausencia de la primera etapa o demanda eyaculatoria. La segunda etapa, la expulsión del bolo seminal a través del pene, acaba con una o dos contracciones en el anciano, en contraste con las cuatro o más contracciones del joven. Asimismo, en las mujeres hay reducción de los niveles de estrógenos y progestágenos, disminución de la eficacia circulatoria que originan cambios anatómicos y funcionales. La disminución de tejido vulvar, la reducción del cérvix, cuerpo del útero, ovarios y leve disminución del tamaño del clítoris, tienen un efecto mínimo sobre la actividad sexual. Las diferencias en el canal vaginal, con mayor influencia en el comportamiento sexual y que se relacionan con la edad son: reducción de la longitud y

circunferencia, aislamiento gradual de los pliegues vaginales, disminución de la mucosa y pérdida de elasticidad.

3.3.2. Cambios Psicológicos

Con respecto al envejecimiento de las funciones psíquicas abarca ciertos cambios en capacidades cognitivas como inteligencia, aprendizaje y memoria que varían de un individuo a otro; además depende del entrenamiento durante la vida, el medio cultural en la que se desenvuelve, el nivel intelectual de la persona, así como la capacidad estimulativa del entorno.

“Según distintos estudios, a partir de los 30 años se inicia el declive en las funciones intelectuales, que se acelera a partir de los 60 – 65 años. A nivel de la inteligencia parece que en principio, no se produce una disminución de la eficacia intelectual, aunque si puede existir una reducción de la eficacia que se constata especialmente en una pérdida de la capacidad para resolver problemas nuevo, lo que influye en la capacidad de aprendizaje y en la función.” ⁽⁵³⁾

“(…) la capacidad de aprender y adquirir nuevas destrezas e información disminuye en los ancianos, en particular después del séptimo decenio de vida...; la memoria, elemento integrador del aprendizaje, consta de componentes que incluye memoria a corto plazo (5 a 30s), la reciente (1h a varios días) y a largo plazo (de por vida. La adquisición de información, registros (recuerdos), retención (almacenamiento) y remodelación (recuperación) son componentes esenciales del proceso de memoria. Las pérdidas que se relacionan con la edad son más frecuentes en la memoria de corto plazo y la retente.” ⁽⁵⁴⁾

A demás del área cognitiva también se ve afectado otros aspectos psicológicos en el adulto mayor como⁽⁵⁵⁾:

- La autoestima: la autoestima baja generalmente está asociada a los estereotipos negativos que el adulto mayor percibe de sí mismo y toma una actitud fatalista, de resignación y apatía inhibiendo así cualquier iniciativa de superación.

3.3.3. Cambios Sociales

El envejecimiento es considerado desde otros grupos de edad como algo necesariamente adverso y se encuentra relacionado con aquellas pérdidas que ocurren en la última parte de la vida. Este pensamiento de la sociedad está influenciado generalmente por estereotipos y prejuicios hacia los ancianos.

“Los cambios sociales que se producen en el envejecimiento se refieren a cambios de rol del anciano, tanto en el ámbito individual como en el contexto de la propia comunidad. Asimismo, abarca las diferencias generacionales existentes a nivel del comportamiento social y la dificultad de adaptación e integración del anciano a estos cambios.”⁽⁵⁶⁾

“Dentro de los cambios en las relaciones sociales producto del envejecimiento de cada persona se van aflojando o eliminando vínculos afectivos que tal vez se necesitan especialmente durante esta época de la vida ya que es en esta etapa en la que el ser humano generalmente sufre la mayor cantidad de pérdidas. Poco a poco, los adultos mayores sufren la pérdida por fallecimiento de su pareja, de otros familiares

allegados, de sus amigos e incluso, a veces, de sus propios hijos, con lo que se añade al dolor de la muerte de un ser querido, una progresiva situación de aislamiento afectivo. Los vínculos con los hijos, ya adultos e independizados en la mayor parte de los casos, se suelen debilitar progresivamente con la edad, de modo que los ven con escasa frecuencia, sintiéndose cuando conviven con ellos como una «carga».

Dentro de las pérdidas que experimenta el adulto mayor no sólo se encuentran las pérdidas físicas y afectivas sino la pérdida de su rol social como ser humano. El papel del adulto gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos.”⁽⁵⁷⁾

4. ATENCIÓN DE SALUD DEL ADULTO MAYOR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

4.1. Nivel Primario de Atención en Salud

Es el primer nivel de la organización del sistema de Salud, de mayor cobertura poblacional y menor complejidad. Tiene por objetivo resolver los principales problemas de la comunidad, integrando acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

La Atención Primaria en Salud, por su parte, es una estrategia de intervención, según lo define la Declaración de Alma Ata (U.R.S.S., 1978) : "(...) es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden

soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación". ⁽⁵⁸⁾

Las instalaciones del primer nivel de atención de atención están conformadas por los centros y puestos de salud, que forman parte de una red de establecimientos debidamente jerarquizados sobre el ámbito regional o barrio de 15.000 a 40.000 habitantes, en donde el centro de salud es la cabeza del módulo de atención o sub sistema, que de acuerdo a un plan de salud territorial pretende satisfacer la demanda de salud de esta población y promover su desarrollo. ⁽⁵⁹⁾

4.2. Políticas y Lineamientos para la Atención Integral de Salud en el Adulto Mayor

El Perú se encuentra en pleno proceso de transición demográfica, donde el comportamiento de la tasa de fecundidad es moderada y la tasa de mortalidad se califica como moderada - baja. Si bien la población peruana continúa siendo joven, viene presentando un proceso de envejecimiento, que está generando nuevas demandas que tiene como eje central que se satisfaga las necesidades de salud de la persona adulta mayor. Es en este contexto que el Ministerio de salud estable los lineamientos de política que busca mejorar y mantener las condiciones de salud de las personas adultas mayores a través de una atención integral de calidad a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social; promoviendo el envejecimiento activo y saludable.

a) Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores

- Lineamiento 1: Rectoría y gestión en la atención integral de salud para las personas adultas mayores.
- Lineamiento 2: Promover el acceso universal de las personas adultas mayores a una atención integral y diferenciada a los servicios de salud.
- Lineamiento 3: Reorientar la organización de los servicios de salud de atención integral al adulto mayor con enfoque en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para un envejecimiento activo y saludable.
- Lineamiento 4: Fortalecimiento del desarrollo de capacidades técnicas de los recursos humanos del sector en la atención integral de salud de las personas adultas mayores.
- Lineamiento 5: mejoramiento del sistema de información de las acciones de salud realizadas en beneficio de las personas adultas mayores.
- Lineamiento 6: promover la comunicación y educación para la salud de las personas adultas mayores, familia y comunidad.
- Lineamiento 7: Impulsar las investigaciones sobre nuevos enfoques y soluciones innovadoras a las necesidades de salud del adulto mayor.
- Lineamiento 8: Promover alianzas intersectoriales para la protección y promoción de la salud de las personas adultas mayores.

b) Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores

Propone alcanzar los siguientes objetivos:

- Mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores, a través del incremento en la cobertura y calidad de los servicios socio-sanitarios, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional, y la generación de oportunidades para una vida armónica dentro de su familia y su comunidad.
- Promover oportunidades para las personas adultas mayores a través de mecanismos que permitan mejorar su calificación e inserción en el mercado laboral garantizado un nivel mínimo de ingresos y su acceso a los servicios de previsión y seguridad social.
- Incrementar los niveles de participación social y política de las personas adultas mayores de manera que la sociedad los integre como agentes del desarrollo comunitario.
- Elevar el nivel educativo y cultural de la población adulta mayor, promover una imagen positiva del envejecimiento y la vejez, e incrementar en la sociedad el reconocimiento hacia los valores y experiencia de vida de las personas adultas mayores.

4.3. Paquete de Atención Integral de Salud en el Adulto Mayor

Se define al paquete de atención integral como: “(...) Conjunto de atenciones costo-efectivas financiadas total o parcialmente por el sistema público (MINSA) y garantizadas para las personas de menores ingresos económicos. Es una herramienta operativa

que va a permitir racionalizar la asignación de recursos y mejorar los resultados sanitarios del sistema de salud”.⁽⁶⁰⁾

La atención integral para los PAMs comprende:

a) Promocional:

- Desarrollo de prácticas de autocuidado
- Estilos de vida saludable

b) Preventivo:

- Orientación / consejería
 - * Salud psicológica
 - * Salud física y nutricional
 - * Salud sexual
 - * Salud ambiental

c) Inmunizaciones

- Tétanos
- Fiebre amarilla
- Influenza
- Neumonía

d) Recuperativa: Atención a todas las patologías priorizadas y más frecuentes (enfermedades crónicas no transmisibles, nutricionales, psicosociales).

e) Rehabilitación:

- Adultos mayores con discapacidades o secuelas
- Adultos mayores con problemas de alcoholismo, violencia, etc.

4.4. Participación del Personal de Salud en el Primer Nivel de Atención

El personal de salud se define: “Conjunto de profesionales quienes participan en forma colaborativa, cada uno según sus

funciones, en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de un programa de salud.” ⁽⁶¹⁾

“En la capacitación de trabajadores de atención primaria de salud se debe dar adecuada importancia a las cualidades y habilidades personales que son esenciales para la realización eficaz de actividades de atención de salud. En efecto, todos los miembros de un equipo de atención de salud deben de poseer ciertas actitudes que les permitan cumplir sus funciones en forma aceptable desde el punto de vista cultural. Tales actitudes acrecientan y complementan los conocimientos y las técnicas adquiridos durante la etapa de adiestramiento; es esencial que, además de conocimientos técnicos, los trabajadores posean habilidad social.” ⁽⁶²⁾

Las habilidades sociales que son indispensables para los trabajadores de atención primaria son las siguientes⁽⁶³⁾:

- Es consciente de la influencia de la percepción sobre la acción
- Es productivo en diversos contextos sociales
- Sabe dialogar con personas diversas
- Comprende que distintas personas valoran el tiempo de manera diferente
- Utiliza conocimientos tomados de diversas disciplinas
- Muestra empatía.

G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:

Actitud: Predisposición de aceptación o rechazo que tienen el personal de salud hacia el proceso de envejecimiento, en sus cambios biológicos, psicológicos y sociales.

Proceso de envejecimiento: Secuencia de cambios biológicos, psicológicos y sociales que se dan en el organismo como producto del paso del tiempo.

Personal de salud: Grupo de profesional sanitario como médico, enfermera, técnico de enfermería, técnico de laboratorio, técnico de farmacia, personal de obstetricia, psicólogo, nutricionista, asistente social. Que labora realizando actividades preventivas, promocionales, recuperativas y de rehabilitación de salud, asumiendo funciones propias a su competencia en el Centro de Salud Villa María del Triunfo.

Primer nivel de atención: Es el primer nivel de la organización del sistema de Salud, de mayor cobertura poblacional y menor complejidad; conformado por puestos y centros de salud, que brinda una atención de promoción y prevención.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. Tipo, Nivel y Método de Estudio

El presente estudio es de enfoque cuantitativo porque nos permite obtener datos susceptibles de ser medidos y permite un tratamiento estadístico. De nivel aplicativo porque da un aporte significativo permitiendo buscar soluciones. El método es descriptivo simple porque va a señalar los hechos tal como ocurren en la realidad. Según el periodo y secuencia del estudio dicha investigación es de corte transversal; ya que permite presentar la información tal y como se presenta en un tiempo y espacio determinado.

B. Descripción del Área de Estudio

El presente trabajo de investigación se realizara en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo, de nivel de atención I-4, ubicado en la Mz H-18 entre las avenidas El Triunfo, Villa María (cuadra 18), y los Jirones Alfonso Ugarte y Pedro Valle, en la zona del Distrito de Villa María del Triunfo; pertenecientes a la red San Juan de Miraflores- Villa María del Triunfo DISA II Lima Sur.

El horario de atención es de 8:00 am a 6:00 pm de lunes a sábado.

La institución está dirigida actualmente por Médico jefe Dr. José Domingo Loayza Aguilar, además el centro de salud cuenta con: 05 Médico Cirujano, 02 Odontólogo, 04 Lic. en Obstetricia, 04 Lic. en Enfermería, 01 Lic. en Nutrición, 01 Lic. en Psicología, 01 asistente social, 01 Tecnólogo Laboratorio, 07 Tec. De Enfermería, 01 Lic. Farmacia y administrativo.

C. Población Sujeto de Estudio

La población del presente estudio estará conformada por 27 trabajadores profesionales y técnicos pertenecientes al área de salud. El tamaño de la población es accesible para recolectar los datos en su totalidad por lo que no es necesario trabajar con muestra.

Criterios de Inclusión

- Que acepten participar en el presente estudio de investigación.
- Que sean personal de salud nombrado y/o contratado del Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo.

Criterios de Exclusión

- Personal de salud que no acepte participar en el estudio.
- Personal de salud que estén de licencia por enfermedad o vacaciones durante la etapa de recolección de datos.
- Que no sean estudiantes y/o practicantes del área de la salud.

D. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica que se empleó es la encuesta y el instrumento un cuestionario aplicando la técnica del diferencial semántico, dado que a través de ella se puede medir las connotaciones y significados que tienen los eventos, cosas o personas; es decir evaluar directamente con las escalas que tienen como punto de referencia en los extremos adjetivos bipolares.

El instrumento en su estructura consta de la presentación donde se da a conocer los objetivos de la investigación y se solicitó la participación voluntaria.

En el área de instrucciones se da las orientaciones para su resolución; se presenta un ejemplo.

En datos generales se considera información relacionada con datos demográficos del personal de salud.

En datos específicos, el instrumento consta de 4 reactivos, cada reactivo estuvo constituido por 4 factores: evaluación, potencia, acción y familiaridad y cada uno de ellos por 3 escalas bipolares siendo el total de 12 escalas que conforma cada reactivo. La ubicación de las escalas según su dirección positiva o negativa así como su pertenencia a los factores se realizó aleatoriamente para cada reactivo. (Ver Anexo B)

E. Validez y Confiabilidad del Instrumento

El instrumento fué sometido a validez de contenido y constructo mediante el juicio de expertos, conformado por 8 personas: Enfermeras con experiencia en el área de geriatría, psicología e investigación.

Además fué valorado mediante la tabla de concordancia y la prueba binomial.

En relación a la confiabilidad del Instrumento, se desarrolló la prueba piloto con 20 trabajadores en el Centro de Salud Materno Infantil Pachacamac en el año 2011, población con características similares a la población en estudio. Se aplicó la fórmula Alfa de Crombach para determinar el coeficiente de confiabilidad del instrumento.

F. Proceso de recolección, Procesamiento y Presentación de datos

Para la implementación del estudio, se realizó los trámites administrativos, a través de un oficio remitido por la Escuela Académico Profesional de Enfermería, al Médico Jefe del Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo, con la finalidad de obtener las facilidades y la autorización respectiva.

La recolección se realizó durante el mes de setiembre en las mañanas.

Para el procesamiento de datos se elaboró una matriz tripartita en la que se vaciaron los datos recolectados, realizando luego el paloteo lo que permitió cuantificar la información, tanto en forma individual del personal de salud como en forma grupal; es decir, permitió obtener el promedio actitudinal individual y grupal.

Para determinar el promedio de la actitud en cada sujeto de estudio, se realizó lo siguiente:

- En cada reactivo se agrupó las escalas bipolares según factores evaluación, potencia, acción y familiaridad.

- Se obtuvo el promedio de cada reactivo en cada escala (según el espacio semántico donde hayan marcado), para luego ser dividido entre el número de escalas bipolares que constituyó cada factor. Luego se sumó el promedio de los tres factores y se dividió entre tres obteniéndose el promedio del reactivo.

Para determinar el promedio general de la actitud del personal de salud en conjunto por cada reactivo del instrumento, se realizó lo siguiente:

- En cada reactivo se obtuvo los promedios de cada escala bipolar; multiplicando la frecuencia relativa (número de personal de salud que habían marcado en cada espacio semántico) por el puntaje asignado a cada espacio semántico, comprendido entre 1 y 6 según la cercanía al polo negativo o positivo respectivamente. Luego se procedió a sumar todos los valores individuales es decir, los obtenidos por cada sujeto de estudio, para luego ser dividido entre el número total de la población estudiada.

- Se procedió a obtener el promedio de cada factor, sumando los promedios obtenidos en cada escala bipolar y dividida entre el número de escalas bipolares que constituyen el factor.

- Luego se obtuvo el promedio de los cuatro factores cuyo resultado expresa el promedio actitudinal del reactivo.

Los resultados obtenidos se presentarán en cuadros y gráficos, éstos últimos constituyen el perfil de las actitudes acorde a la técnica del diferencial semántico. Para la elaboración del perfil se utilizará el paquete estadístico en Excel (XLSTAT), las escalas bipolares serán organizadas en dos columnas, en la izquierda se anotaron las escalas con dirección negativa y en la derecha las escalas con dirección positiva. Asimismo, dichas escalas están agrupadas por factores. En

cada perfil se registró el promedio obtenido por cada escala bipolar, cada factor y el promedio general del reactivo.

G. Proceso de Análisis e Interpretación de datos

La técnica estadística que se empleó es la descriptiva: distribución de frecuencias. Aplicando la técnica del diferencial semántico se obtuvo promedios de cada escala, de cada factor, de cada reactivo, lo que permitió determinar la dirección e intensidad de las actitudes. Para la calificación de la actitud en su dirección e intensidad se tuvo en cuenta la siguiente categorización:

| DIRECCIÓN | INTENSIDAD | PUNTAJE |
|-------------------|-------------------|----------------|
| RECHAZO | FUERTE | 1 – 1.99 |
| | MODERADA | 2 – 2.99 |
| | LEVE | 3 – 3.99 |
| APECTACIÓN | LEVE | 4 – 4.99 |
| | MODERADA | 5 – 5.99 |
| | FUERTE | 6 |

H. Consideraciones Éticas

Para la ejecución del estudio se realizó las gestiones administrativas correspondientes con las autoridades del Centro de Salud para contar con la autorización respectiva.

Al personal de salud que participó se les solicitó su consentimiento informado para aplicarles los instrumentos; se les brindó información acerca de la finalidad del estudio, los objetivos, el método a aplicar, el tiempo estimado para la aplicación de los instrumentos. Se mantuvo el anonimato y la confiabilidad de los datos.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Finalizando el procesamiento de la información, se organizó los resultados en cuadros y gráficos (perfiles) para su respectivo análisis e interpretación. A continuación se presenta los resultados y su discusión:

A. RESULTADOS

1. DATOS GENERALES

En relación a la edad está fluctúa entre 31 y 65 años. En su distribución por rangos de edades tenemos que del 100% (23) del personal de salud, el 8.7% (2) tiene entre 31 y 35 años, el 13.04% (3) entre 36 y 40 años, al igual que el 13.04% (3) entre 41 y 45 años, el 21.74% (5) entre 46 y 50 años, el 30.43% (7) entre 51 y 55 años, el 8.7% (2) entre 56 y 60 años, y por último el 4.35% (1) entre 61 y 65 años, lo que caracteriza a la población del personal de salud como mayoritariamente en la etapa de adultos maduros. **(Ver Anexo H).**

En relación al sexo, predomina el femenino con 86.96% (20) a diferencia de los varones que sólo alcanza el 13.04% (3). **(Ver Anexo I).**

En relación al tiempo de servicio el personal de salud del C.S. M. I. Villa María del Triunfo el 52.17%(12) comprende entre 1a 5 años, el 26.09% (6) de 6 a más años y más de 10 años el 21.74%(5). **(Ver Anexo J).**

En relación al labor que desarrollan el personal de salud del C.S. M. I. Villa María del Triunfo el 30.46% (7) corresponde al personal técnico de enfermería, el 17.4% (4) al personal de profesional de enfermería, el 13.04%(3) al personal de profesional médico cirujano, el otro 13.04% (3) al personal profesional de obstetricia, el 8.7% (2) al personal profesional de odontología, el 4.34% (1) personal profesional de nutrición, el 4.34% (1) el personal profesional de psicología, el 4.34% (1) el personal profesional de asistencia social y finalmente el 4.34% (1) el personal profesional de tecnólogo de laboratorio. **(Ver Anexo K).**

Las características demográficas presentadas permite afirmar que la población del personal de salud que participo en el estudio corresponde a la etapa adulto maduro, de sexo femenino, cuyo tiempo de servicio comprende entre 1 a 5 años y en su mayoría personal profesional de salud.

2. DATOS ESPECÍFICOS

2.1. Distribución porcentual de la dirección e intensidad de las actitudes del personal de salud hacia el proceso de envejecimiento.

CUADRO N° 1

DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD HACIA EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO EN EL C.S. MATERNO INFANTIL VILLA MARIA DEL TRIUNFO, 2013

| DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES | | PERSONAL DE SALUD | |
|--|-----------------|--------------------------|----------|
| | | N° | % |
| ACEPTACIÓN | Fuerte | 0 | 0 |
| | Moderada | 2 | 8.7 |
| | Leve | 5 | 21.7 |
| RECHAZO | Leve | 16 | 69.6 |
| | Moderada | 0 | 0 |
| | Fuerte | 0 | 0 |
| | TOTAL | 23 | 100 |

Fuente: Encuesta realizada al personal de salud del C.S.M.I. V.M.T- 2013

En el cuadro N° 1 respecto a las actitudes del personal de salud hacia el proceso de envejecimiento. Se observa que de un total de 100% (23) personal de salud, el 69.6% (16) presentan una actitud con dirección de rechazo e intensidad leve, mientras que el 21.7% (5) una actitud de aceptación con intensidad leve seguida de un 8.7% (2) de una actitud de aceptación con intensidad moderada.

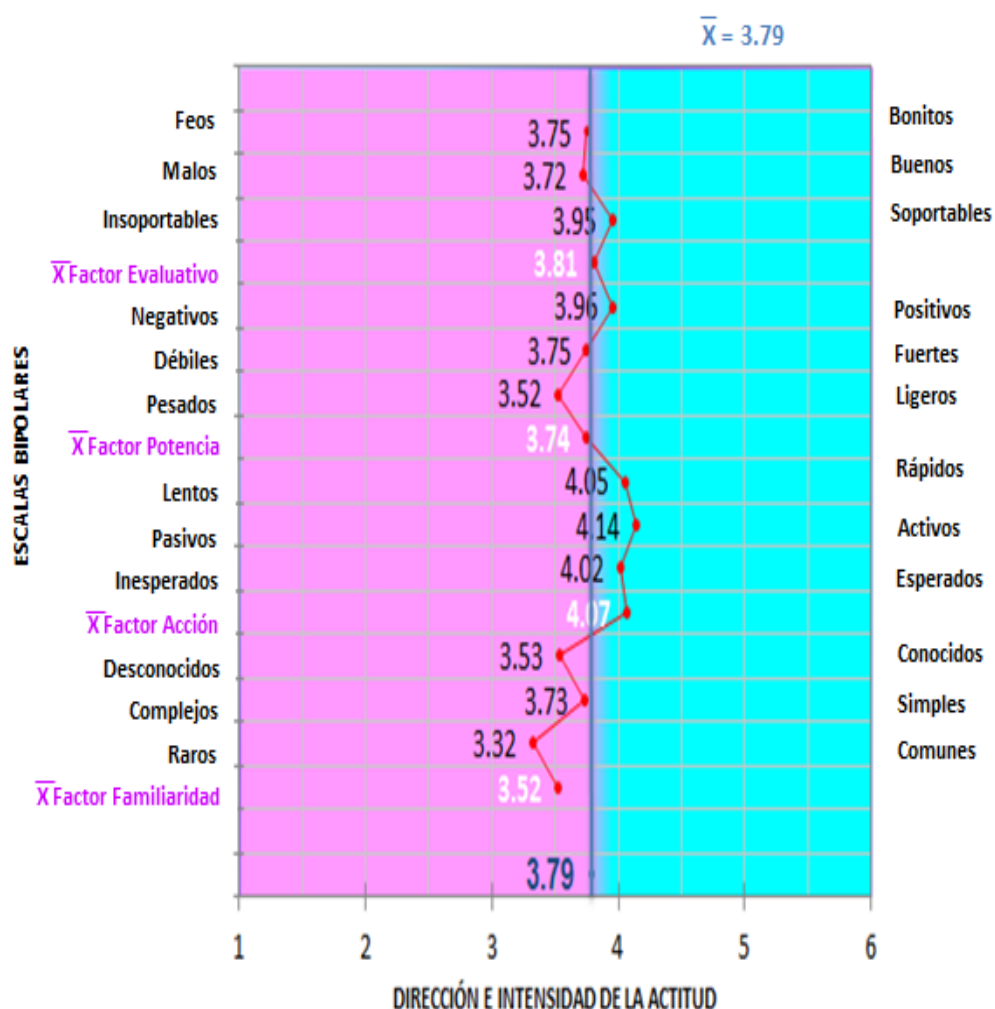
Se puede apreciar que la intensidad de las actitudes, en ambas direcciones, de aceptación y rechazo es leve.

Se observa que la actitud hacia el proceso de envejecimiento del personal de salud tiene una dirección de rechazo con intensidad leve.



2.2. Perfil de las actitudes del personal de salud hacia el proceso de envejecimiento.

GRÁFICO N° 1

PERFIL DE LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD HACIA EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO EN EL C.S. MATERNO INFANTIL VILLA MARIA DEL TRIUNFO, 2013



LEYENDA:

| Dirección | | Intensidad |
|--|---|--|
|  Rechazo | → | Fuerte: 1 – 1.99 Moderada: 2 – 2.99 Leve: 3 – 3.99 |
|  Aceptación | → | Leve: 4 – 4.99 Moderada: 5 – 5.99 Fuerte: 6 |

\bar{X} = Promedio

El presente perfil gráfico representa el promedio de los siguientes reactivos: Cambio biológico, psicológico y social, ya que los tres constituyen el proceso de envejecimiento

El promedio obtenido, tal como se observa es de **3.79**, puntaje que según la tabla de categorización de la actitud, indica una actitud de rechazo con intensidad leve, lo cual reafirma gráficamente lo expresado en el cuadro N° 1 donde se presenta la frecuencia del personal de salud según dirección e intensidad de las actitudes hacia el proceso de envejecimiento.

Al analizar el perfil por factores, se tiene que el **factor evaluativo** obtiene un promedio de **3.81** y las escalas que lo integran fluctúan entre 3.75 a 3.95 puntos lo que determina que este factor tenga una dirección de rechazo con intensidad leve, de las tres escalas, es la “malos – buenos” la que obtiene el menor puntaje (3.72), seguida por “feos – bonitos” (3.75) y la que tiene mayor puntaje es “insoportables – soportables” (3.95), todas ellas indican una dirección de rechazo con intensidad leve, siendo la de mayor rechazo la escala malos - buenos, entendiéndose al proceso de envejecimiento como: ligeramente feos, ligeramente malos, ligeramente soportables.

El promedio del **factor potencia** es de **3.74** lo que indica una dirección de rechazo con intensidad leve. Los promedios de las escalas

que conforman este factor fueron calificados con promedios desde 3.52 a 3.96, el menor puntaje lo obtuvo la escala “pesados - ligeros” con 3.52, seguida de la escala “débiles - fuertes” con 3.75, y “negativos – positivos” con puntaje de 3.96, lo que representa una actitud con una dirección de rechazo con intensidad leve.

Estos resultados indican al proceso de envejecimiento como ligeramente positivo, ligeramente débil y ligeramente pesado.

Al evaluar el **factor acción** este presenta un promedio de **4.07** lo que indica una dirección de aceptación con intensidad leve. Así el mayor promedio fue para la escala “pasivos - activos”, con 4.14 puntos, seguido de la escala “lentos – rápidos”, con 4.05 puntos, y finalmente la escala “inesperados – esperados” con 4.02 de puntaje. Lo presentado afirma que para el factor acción el personal de salud considera que la actitud hacia el proceso de envejecimiento es ligeramente rápida, ligeramente activa y ligeramente esperada.

Al evaluar el **factor familiaridad** éste presenta un promedio de **3.52**, lo que indica una dirección de rechazo con intensidad leve.

Los promedios obtenidos van desde 3.32 para la escala “raro – común”, seguida de la escala “desconocido – conocido” con un promedio de 3.53 y la escala “Complejo – simple” hasta 3.73 de promedio. Según lo observado estos promedios indican una dirección de rechazo con intensidad leve.

Estos resultados indican que para el personal de salud es considerado la actitud hacia el proceso de envejecimiento, según el factor familiaridad, desde el rechazo, como una ligeramente desconocido, ligeramente compleja y ligeramente raro.

De los cuatro factores, se observa que el factor acción obtuvo un promedio que indica aceptación con intensidad leve; mientras que para los demás factores (evaluativo, potencia y familiaridad) representan una actitud de rechazo con intensidad leve que deja entrever que el personal de salud evalúa al proceso de envejecimiento negativamente.

B.3. Distribución porcentual de la dirección e intensidad de las actitudes del personal de salud hacia el proceso de envejecimiento según los cambios biológicos, psicológicos y sociales.

CUADRO N° 2

DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD HACIA EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO CON RESPECTO A LOS CAMBIOS BIOLÓGICOS EN EL C.S. MATERNO INFANTIL VILLA MARIA DEL TRIUNFO, 2013

| DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES | | PERSONAL DE SALUD | |
|--|-----------------|--------------------------|----------|
| | | N° | % |
| ACEPTACIÓN | Fuerte | 0 | 0 |
| | Moderada | 1 | 4.35 |
| | Leve | 4 | 17.4 |
| RECHAZO | Leve | 17 | 73.9 |
| | Moderada | 1 | 4.35 |
| | Fuerte | 0 | 0 |
| TOTAL | | 23 | 100 |

Fuente: Encuesta realizada al personal de salud del C.S.M.I. V.M.T- 2013

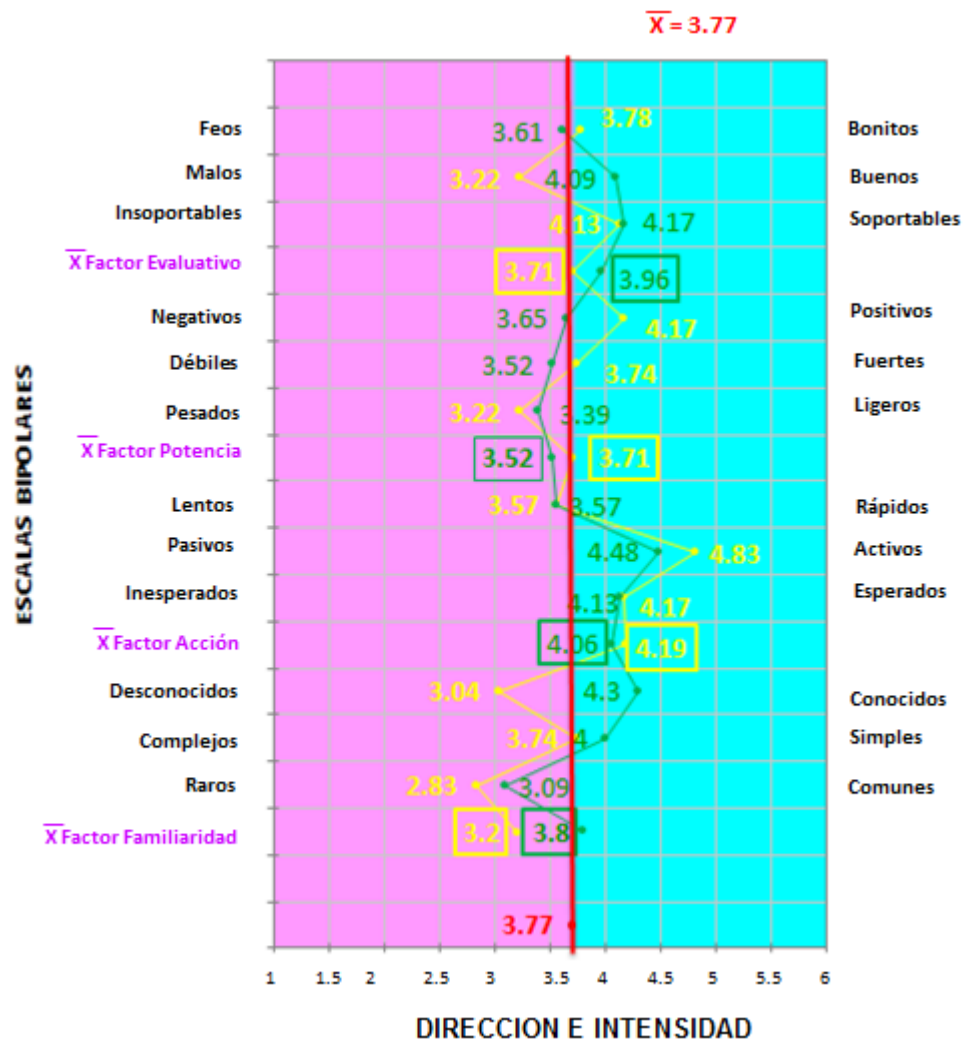
En el cuadro N° 2 respecto a las actitudes del personal de salud hacia el proceso de envejecimiento en sus cambios biológicos. Se observa que de un total de 23 (100%), el 73.9% (17) presentan una actitud con dirección de rechazo e intensidad leve, seguido del 17.4% (4) de aceptación leve; predominando el rechazo leve. Obtiene el menor puntaje 4.35% (1) de dirección con aceptación y rechazo en

intensidad moderada, no se encontró intensidad fuerte en el campo de aceptación y rechazo.





En la mayoría del personal de salud en cuanto a los cambios biológicos presentan una actitud de rechazo con intensidad leve.

GRAFICO Nº 2

PERFIL DE LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD HACIA EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO CON RESPECTO A LA APARIENCIA FÍSICA Y FUNCIONALIDAD DEL ORGANISMO (CAMBIOS BIOLÓGICOS) EN EL C.S. MATERNO INFANTIL VILLA MARIA DEL TRIUNFO, 2013



LEYENDA:

| Dirección | | Intensidad | | | |
|---|--|------------|------------------|--|--|
|  | Rechazo | → | Fuerte: 1 – 1.99 | Moderada: 2 – 2.99 | Leve: 3 – 3.99 |
|  | Aceptación | → | Leve: 4 – 4.99 | Moderada: 5 – 5.99 | Fuerte: 6 |
| \bar{X} = Promedio | | | | | |
|  | = Cambios biológicos en la funcionalidad del organismo | | |  | = Cambios biológicos en la apariencia física |

Realizando el análisis de los perfiles, se observa que el promedio actitudinal para el cambio biológico es de **3.77** lo que indica una dirección de rechazo e intensidad leve.

Los promedios obtenidos en las escalas que conformar el **factor evaluativo** en los cambios biológicos de la funcionalidad del organismo fluctúan entre 3.22 a 4.13; de las tres escalas, es la “malos – buenos” la que obtiene el menor puntaje con 3.22, seguida por “feos – bonitos” con 3.78, las cuales indican un rechazo con intensidad leve y la que tiene mayor puntaje es “insoportable –soportable” con 4.13 manifestándose una actitud de aceptación con intensidad leve.

En los cambios biológicos en la apariencia física se observa que la escala con menor puntaje es la “feos – bonitos” con 3.61, seguida de la escala “malos – buenos” con 4.09 las cuales indican una actitud de rechazo con intensidad leve, y por último la escala “insoportable – soportable” con 4.17 al igual que en los cambios biológicos de la funcionalidad del organismo, esta escala es la que obtiene el mayor puntaje.

Lo presentado permite afirmar, que en el factor evaluativo, el personal de salud tiene una actitud hacia los cambios biológicos del proceso de envejecimiento de rechazo con intensidad leve.

En cuanto al promedio del **factor potencia** obtenida es de 3.71 para los cambios biológicos de la funcionalidad del organismo, mientras que para los cambios biológicos en la apariencia física es de 3.52, lo que indica una actitud hacia los cambios biológicos del proceso de envejecimiento, con dirección de rechazo con intensidad leve para ambas áreas. Siendo la de los cambios biológicos de la funcionalidad del organismo la que más cerca a la aceptación con intensidad leve.

Los promedios obtenidos en las escalas que integran el factor potencia en los cambios biológicos de la funcionalidad del organismo fluctúan entre 3.22 a 4.17; de las cuales es la escala “pesados – ligeros” la que presenta un menor promedio (3.22), seguida de la escala “débil –fuerte” con un promedio de 3.74, indicando una actitud con dirección de rechazo e intensidad leve, y la escala “negativos – positivos” con un promedio de 4.17 indica una dirección de aceptación e intensidad leve.

En los cambios biológicos en la apariencia física observamos que la escala “pesados – ligeros” es la que presenta un menor promedio con 3.39, seguida de la escala “débil – fuerte” con un promedio de 3.52, y la escala “negativos – positivos” con un promedio de 3.65 las cuales indican una dirección de rechazo con intensidad leve.

En ambos cambios, aplicando chi cuadrado, no hay diferencia significativa entre ambas. (Anexo L)

Lo presente permite afirmar que en el factor potencia la actitud hacia los cambios biológicos del proceso de envejecimiento del personal de salud es de ligeramente soportable, ligeramente positiva, ligeramente activa y ligeramente conocido.

El promedio del **factor acción** es de 4.19 para los cambios biológicos de la funcionalidad del organismo y de 4.06 para los cambios

biológicos en la apariencia física, indicando una actitud con dirección de aceptación e intensidad leve.

Los promedios obtenidos en las escalas que conforman el factor acción en los cambios biológicos de la funcionalidad del organismo, es el de menor puntaje la escala “lentos– rápidos” con 3.57, señalando una actitud con dirección de rechazo e intensidad leve, seguida de la escala “inesperados – esperados” con 4.17 y por último, la escala “pasivos – activos” con 4.83 las cuales indican una actitud con dirección de aceptación e intensidad leve.

En los cambios biológicos en la apariencia física observamos promedios de 3.57 para la escala “lentos – rápidos”, seguida de la escala “insostenible – sostenible” con un promedio de 4.13 y por último la escala “pasivos – activos” con un promedio de 4.48, los que indica una dirección de aceptación con intensidad leve.

Lo presentado permite afirmar, que la actitud hacia los cambios biológicos desde éste factor es ligeramente rápido, ligeramente activo y ligeramente esperado.

Al evaluar el **factor familiaridad** obtenida es de 3.7 para los cambios biológicos de la funcionalidad del organismo, mientras que para los cambios biológicos en la apariencia física es de 3.84, indicando una dirección de rechazo con intensidad leve.

Los promedios obtenidos para los cambios biológicos de la funcionalidad del organismo van desde 2.83 para la escala “raro – común”, seguida de la escala “desconocido – conocido” con un promedio de 3.04, y la escala “complejo – simple” con 3.74 lo que indica una dirección de rechazo con intensidad leve.

En los cambios biológicos en la apariencia física los promedios obtenidos van desde 3.09 para la escala “raro – común”, lo que indican una dirección de rechazo con intensidad leve; seguida de la escala “complejo – simple” con 4 de puntaje, hasta la escala “desconocido – conocido” con 4.30 las cuales señalan una dirección de aceptación con intensidad leve.

Los datos de éste perfil permiten afirmar que en el factor familiaridad, la actitud hacia los cambios biológicos es una experiencia ligeramente conocidos, ligeramente simples y ligeramente común.

CUADRO N° 3

DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD DE SALUD HACIA EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO CON RESPECTO A LOS CAMBIOS PSICOLOGICOS EN EL C.S. MATERNO INFANTIL VILLA MARIA DEL TRIUNFO, 2013

| DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES | | PERSONAL DE SALUD | |
|---|----------|-------------------|-------|
| | | N° | % |
| ACEPTACIÓN | Fuerte | 2 | 8.7 |
| | Moderada | 1 | 4.35 |
| | Leve | 2 | 8.7 |
| RECHAZO | Leve | 15 | 65.21 |
| | Moderada | 3 | 13.04 |
| | Fuerte | 0 | 0 |
| TOTAL | | 23 | 100 |

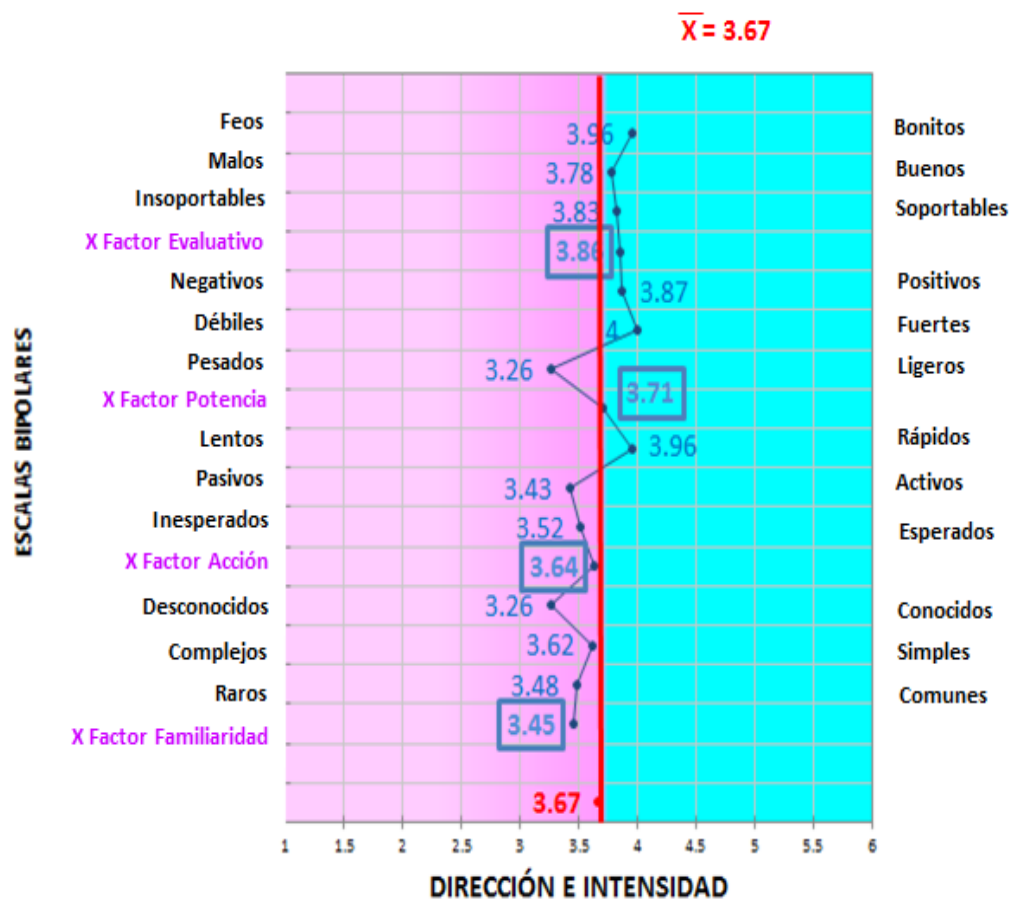
Fuente: Encuesta realizada al personal de salud del C.S.M.I. V.M.T- 2013

En el cuadro N° 3 se observa que de un total de 23 (100%), 65.21% (15) presentan una actitud con dirección de rechazo e intensidad leve, seguido del 13.04% (3) de rechazo leve; mientras que el 8.7 % (1) la aceptación es fuerte y leve, y una aceptación moderada con el intensidad moderada.

Lo que permite afirmar que la actitud hacia el proceso de envejecimiento en sus cambios psicológicos es de rechazo leve.

GRAFICO Nº 3

PERFIL DE LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD HACIA EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO CON RESPECTO A LOS CAMBIOS PSICOLÓGICOS EN EL C.S. MATERNO INFANTIL VILLA MARIA DEL TRIUNFO, 2013



LEYENDA:

| Dirección | Intensidad | | |
|------------|--------------------|--------------------|----------------|
| Rechazo | → Fuerte: 1 – 1.99 | Moderada: 2 – 2.99 | Leve: 3 – 3.99 |
| Aceptación | → Leve: 4 – 4.99 | Moderada: 5 – 5.99 | Fuerte: 6 |

\bar{X} = Promedio

En el gráfico se observa que al respecto la actitud hacia el proceso de envejecimiento según los cambios psicológicos el promedio obtenido es de **3.67**, puntaje que según la tabla de categorización indica una actitud de rechazo con intensidad leve.

Observando el perfil por factores, se tiene que el **factor evaluativo** obtiene un promedio de 3.86, lo que indica una actitud del personal de salud hacia el proceso de envejecimiento según los cambios psicológicos, con dirección de rechazo e intensidad leve.

Los promedios obtenidos en las escalas que conforman esta escala fluctúan entre 3.78 a 3.96; de las tres escalas, es la “malos – buenos” la que obtiene el menor puntaje (3.78), seguida por “Insoportable – soportable” (3.83) y la que tiene mayor puntaje es “feos – bonitos” (3.96).

Lo presentado permite afirmar que en el factor evaluativo, la actitud del personal de salud hacia el proceso de envejecimiento según los cambios psicológicos es ligeramente bonitos, ligeramente buenos y ligeramente soportable.

En cuanto al promedio del **factor potencia** obtenido es de **3.71**, lo que indica una actitud con dirección de rechazo e intensidad leve.

Los promedios obtenidos en las escalas que integran el factor potencia van entre 3.26 a 4; de las cuales es la escala “pesados –ligeros” la que presenta un menor promedio (3.26), seguida de la escala “negativos – positivos” con un promedio de 3.87, señalando una actitud con dirección de rechazo con intensidad leve, y la escala “débil – fuerte” con un promedio de 4 indicando una dirección de aceptación con intensidad leve.

Es así que se considera para este factor es una experiencia ligeramente pesados, ligeramente positivos y ligeramente fuerte.

En cuanto al promedio del **factor acción**, es de **3.64** indicando una actitud de dirección de rechazo con intensidad leve.

De los promedios obtenidos en las escalas que conforman el factor acción, la de menor puntaje es la escala “pasivos – activos” con 3.43, seguida de la escala “inesperados – esperados” con 3.52 y por último, en ésta área, la escala “lentos – rápidos” con promedio 3.96 que indica una actitud de rechazo e intensidad leve.

En cuanto al **factor familiaridad** se aprecia, en el perfil, que el promedio indica una dirección de rechazo con **3.45** de puntaje. En cuanto a las escalas que componen a dicho factor para este factor los promedios oscilan entre 3.26 - 3.62 es decir, se dirige a una dirección de rechazo con intensidad leve. El promedio mayor es el de la escala “complejo - simple” con 3.26. La escala “raro - común” obtuvo un promedio de 3.48; la que obtuvo el menor promedio es la escala “desconocido-conocido” con un 3.26 todas estas escalas indican una actitud de rechazo leve.

CUADRO N° 4

DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD HACIA EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO CON RESPECTO A LOS CAMBIOS SOCIALES EN EL C.S. MATERNO INFANTIL VILLA MARIA DEL TRIUNFO, 2013

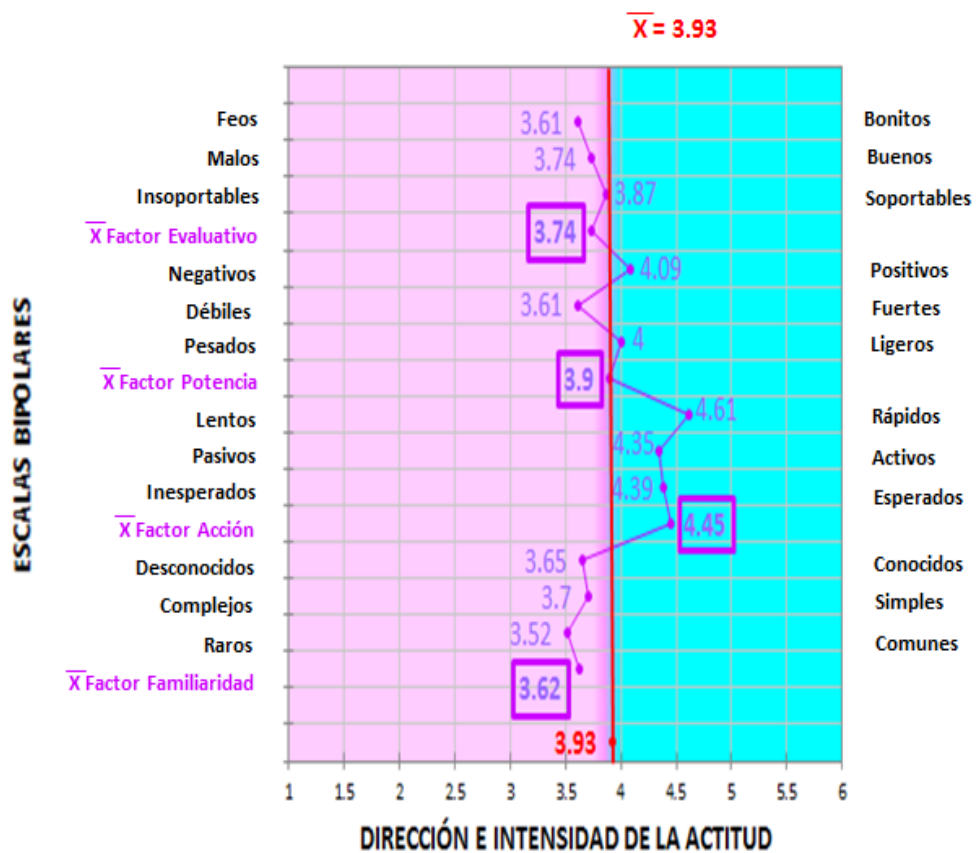
| DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES | | PERSONAL DE SALUD | |
|---|----------|-------------------|-------|
| | | N° | % |
| ACEPTACIÓN | Fuerte | 0 | 0 |
| | Moderada | 3 | 13.05 |
| | Leve | 8 | 34.78 |
| RECHAZO | Leve | 8 | 34.78 |
| | Moderada | 4 | 17.39 |
| | Fuerte | 0 | 0 |
| TOTAL | | 23 | 100 |

Fuente: Encuesta realizada al personal de salud del C.S.M.I. V.M.T- 2013

En el cuadro N° 4 respecto a las actitudes del personal de salud hacia el proceso de envejecimiento en sus cambios sociales. Se observa que de un total de 23 (100%), el 34.78% (8) presentan una actitud con dirección de rechazo con intensidad leve; mientras que el otro 34.78% (8) presentan una actitud con dirección de aceptación de intensidad leve, seguido del 17.39% (4) que presentan una actitud de rechazo con intensidad leve. Obtiene el menor puntaje 13.05% (3) de dirección de aceptación con intensidad moderada.

GRAFICO Nº 4

PERFIL DE LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD HACIA EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO CON RESPECTO A LOS CAMBIOS SOCIALES EN EL C.S. MATERNO INFANTIL VILLA MARIA DEL TRIUNFO, 2013



LEYENDA:

| Dirección | Intensidad |
|----------------------|--|
| Rechazo | Fuerte: 1 – 1.99 Moderada: 2 – 2.99 Leve: 3 – 3.99 |
| Aceptación | Leve: 4 – 4.99 Moderada: 5 – 5.99 Fuerte: 6 |
| \bar{X} = Promedio | |

En el presente perfil representa el promedio obtenido, tal como se observa, es de **3.93** puntaje que según la tabla de categorización de actitud indica una actitud de rechazo con intensidad leve.

El promedio del **factor evaluación** es de **3.74**, lo que indica una actitud con dirección de rechazo e intensidad leve.

Los promedios obtenidos en las escalas que conformar este factor son la de menor puntaje a la escala “feos – bonitos” con 3.61, seguida de la escala “malos – buenos” con 3.74, y por último, en ésta área, la escala “insoportable – soportable” con promedio 3.87 indicando una actitud con dirección de rechazo e intensidad leve.

Lo presentado permite afirmar el personal de salud considera que el proceso de envejecimiento en sus cambios sociales son ligeramente feos, malos y ligeramente soportable.

En cuanto al promedio del **factor potencia** obtenido es de **3.9**, señalando una actitud con dirección de rechazo e intensidad leve.

Encontramos promedios de un menor promedio 3.61 “débil – fuerte” la cual indica una actitud de rechazo con intensidad leve, seguida de la escala 4 para la escala “pesados – ligeros”, seguida de la escala “negativos – positivos” con un promedio de 4.09, los que indican una dirección de aceptación con intensidad leve.

Observando el perfil por factores, se tiene que el **factor acción** obtiene un promedio de **4.45**, indicando una actitud del personal de salud hacia el proceso de envejecimiento en sus cambios sociales, con dirección de aceptación e intensidad leve.

Los promedios obtenidos en las escalas que conformar el factor acción, tenemos la de menor puntaje a la escala “pasivos – activos” con 4.35, seguida de la escala “inesperados – esperados” con 4.39 y por último,

en ésta área, la escala “lentos – rápidos” con promedio 4.61 indicando una actitud con dirección de aceptación e intensidad leve.

Lo que nos indica que en este factor en los cambios sociales son ligeramente rápidos, ligeramente activos y ligeramente esperados.

Al evaluar el **factor familiaridad** ésta presenta un promedio de 3.62, indicando una dirección de rechazo con intensidad leve.

Los promedios obtenidos para este factor van desde 3.52 para la escala “raro – común”, seguida de la escala “desconocido – conocido” con un promedio de 3.65, hasta la escala “complejo – simple” con 3.7 de promedio, todas ellas señalan una dirección de rechazo con intensidad leve.

El presente perfil permite afirmar que en los cambios sociales para este factor son ligeramente desconocidos, ligeramente complejos y ligeramente raros.

B. DISCUSIÓN

Estos resultados presentados en las páginas anteriores muestran una situación preocupante para el desenvolvimiento del personal de salud, considerando que las actitudes pueden ser predictores del comportamiento tal como lo refiere Millar, 1995, “las actitudes firmes son mejores predictoras del comportamiento”.

Al respecto se sabe que el proceso de envejecimiento comprende una serie de cambios en el aspecto biológico, psicológico y social, generando deterioro y limitaciones en el organismo. Sánchez Hidalgo, 1989 refiere que: “Envejecer no es un proceso singular ni simple; es parte integral del desarrollo biológico y de la secuencia de desarrollo del ciclo de vida comienza desde la concepción y finaliza con la muerte.”

Así pues encontramos que el personal de salud, presentan una actitud hacia el proceso de envejecimiento en su mayoría, de rechazo e intensidad leve.

Lifshitz ha documentado que la conceptualización de la vejez es influida por estereotipos: cognitivamente, las personas se enfocan a características físicas; afectivamente, la vejez es vista como amenazante; conductualmente, los adultos mayores son vistos como indefensos e inútiles.

Según algunas investigaciones (Cummings, Kropf & DeWeaver, 2000; Harris & Dollinger, 2001), las características del contacto que disminuyen las actitudes negativas incluyen la espontaneidad de las interacciones, la cooperación, la posibilidad de establecer relaciones amistosas duraderas, ya que a más contacto mejor actitud hacia la persona adulta mayor. No obstante, también hay algún ejemplo de estudios que no encuentra esta asociación entre contacto y actitud. Por ejemplo, Ivester y King (1977), concluyeron que el contacto no se asocia a la actitud.

La situación que se observa lleva a la reflexión ya que el rechazo de intensidad leve, se podría tornar moderada e inclusive, si no hay intervención para modificarla, se intensifique más en su negatividad. Según el componente reactivo de la actitud (Krech y otros, 1972) si la actitud hacia el objeto es negativa, habrá una tendencia a rechazarlo por lo que la persona se alejará del objeto actitudinal. En este caso, el personal de salud, al rechazar el proceso de envejecimiento, cabe la posibilidad de que se aleje de brindar una atención integral adecuada a este grupo etario, constituyéndose en una experiencia no bienvenida.

Observando el proceso de envejecimiento en sus cambios biológicos, psicológicos y sociales, los promedios obtenidos evidencian una actitud por parte del personal de salud hacia dichos cambios, de rechazo con intensidad Leve, deduciendo que habría algunos factores que estarían influyendo para que dicha experiencia ya la estén calificando así, teniendo en cuenta que la actitud se forma principalmente de la experiencia que tengamos con el objeto actitudinal y el conocimiento que se tenga de ello, ¿estarán recibiendo la información suficiente durante su formación académica?, ¿la actitud positiva ante el proceso de envejecimiento está relacionada con la propia posición de la persona en el ciclo vital?.

Este panorama permite al Centro de Salud tener una visión para que realice programas de sensibilización al personal de salud involucradas en la promoción, prevención y atención de personas adultas mayores, a fin de que se modifiquen actitudes personales y profesionales referidas al vejeismo, para poder direccionar las actitudes de rechazo hacia la aceptación y fortalecerlas, para el mejor desenvolvimiento y calidad de atención brindado a las personas Adultas Mayores. Considerando que al ser un centro de nivel de atención primario son los que atienden a la mayor cantidad de población y puesto que en la

actualidad el adulto mayor, es el grupo poblacional que va en aumento.

Como se sabe el proceso de envejecimiento otorga cambios al organismo en lo biológico en lo psicológico y en lo social, de forma universal es decir abarca la totalidad del individuo, es único e individual porque afecta de manera diferente a cada ser y es acumulativo porque las deficiencias que se va adquiriendo no son reversibles.

De acuerdo a los hallazgos que se muestran en los perfiles los cambios biológicos en la apariencia física tiende a acercarse más al rechazo que el que se produce en la disminución de la funcionalidad del organismo de la persona. Es posible que el miedo al deterioro de la autoimagen influya notablemente por la idea que la persona tiene sobre el envejecer, Salvarezza refiere al respecto que: "Una persona comenzará a percibirse o considerarse vieja cuando perciba en sí misma algunos de los atributos que considera caracterizan esta etapa evolutiva o en base a su modelo personal que tiene."

Se puede concluir por lo tanto que en cuanto a los cambios biológicos el personal de salud revelan en su mayoría tener una actitud de rechazo, ya que muestran dificultad para aceptar los cambios en la imagen física, pese a ello muestran mayor aceptación a los cambios funcionales del organismo.

Es de conocimiento que el envejecimiento de las funciones psicológicas varía de un individuo a otro y depende del entrenamiento durante la vida, el medio cultural en la que se haya desenvuelto, el nivel intelectual de la persona, así como la capacidad estimulativa del entorno. Suele haber una disminución en la velocidad del procesamiento de la información, existe dificultad para solucionar problemas abstractos o complejos y suele disminuir la memoria

reciente. Según Rodríguez García Rosalía el envejecimiento psicológico abarca cambios en capacidades cognitivas como inteligencia, aprendizaje y memoria. Leopoldo Salvarezza también refiere al respecto que: “Uno de los mayores miedos de envejecer es perder el poder, la independencia y la capacidad para tomar decisiones. Siendo las limitaciones físicas progresivas una amenaza a la independencia y el poder es frecuente la aparición de sentimientos de inutilidad y de carga. Frente a tantas pérdidas y cambios se origina en el adulto mayor una sensación de aislamiento afectivo.

En el presente estudio se identificó una actitud de rechazo con intensidad leve por parte del personal de salud hacia el proceso de envejecimiento en los cambios psicológicos, lo que amerita que se dé una intervención y con ello se evite que incremente la intensidad haciéndose más negativa.

Dentro de los cambios sociales más relevantes del proceso de envejecimiento, encontramos la pérdida de la independencia laboral, dificultad en la adaptación e integración con los contactos sociales, entre otras. Según Misericordia García Hernández a refiere que: “la consideración social de las tareas específicas asociadas a cada fase de la vida tiende a clasificar a las personas según su grado de “productividad” en la sociedad”. Es decir que al envejecer, la persona anciana no se adjudica ninguna tarea específica, y por lo tanto, tiende a ser considerado como un “elemento improductivo” del grupo al que pertenece. Al respecto Blau, respaldando la teoría de la actividad, plantea que cuanto mayor número de roles o actividades opcionales tenga la persona según entra en la edad avanzada, mejor resistirá los efectos desmoralizantes de salir de los roles obligatorios a los que ordinariamente se les da prioridad en la edad adulta.

Con los resultados encontrados en el presente estudio se deduce que la mayoría del personal de salud presenta una actitud de rechazo con intensidad leve, posiblemente porque en nuestra sociedad prima el valor de lo joven y productivo. Nuestro rol, o papel que se nos asigna, está ineludiblemente ligado a nuestro trabajo, y desaparece con la jubilación. Bruscamente, sin posibilidad de adaptación previa en la mayoría de los casos, la persona se convierte en un desocupado, improductivo. Por otro lado, esta situación se acompaña por lo general de una pérdida de poder económico y de relaciones sociales, la mayoría de las veces ligadas al mundo laboral.

De los cuatro factores, es el factor acción el que se encuentra en el campo de la aceptación con intensidad leve en el proceso de envejecimiento, y en sus tres cambios biológicos, psicológicos y sociales. Lo que indica que el personal de salud considera rápidos, activos y esperados el proceso de envejecimiento.

En el campo del rechazo observamos que es el factor familiaridad el que obtiene menor puntaje en los cuatro perfiles, lo que nos estaría llevando a la reflexión ¿Existen estrategias orientadas a brindar educación para la salud sobre los cambios que se derivan del proceso de envejecimiento?, con el fin de promover una imagen positiva del mismo a través de actividades preventivo promocionales, ésta interrogante surge a raíz del concepto del factor familiaridad, pues éste refleja la parte del conocimiento en la formación de la actitud, además de ser el factor más importante, pues según la teoría, sin conocimiento no hay actitud.

Los resultados presentados fueron sometidos a una prueba estadística, chi cuadrado, para establecer la diferencia entre las actitudes de los Internos, en cada reactivo y según rotación Hospitalaria y Comunitaria; evidenciándose que no había diferencia significativa en las

dimensiones biológicas y psicológicas, mientras que en la dimensión social si hubo diferencia significativa, siendo el área Comunitaria la que obtuvo mayor aceptación en relación a la Hospitalaria, corroborándose lo mencionado en líneas arriba, las personas Adultas, sujeto de cuidado de los Internos de Enfermería, en el área Comunitaria son más autovalentes y productivas en relación al área hospitalaria.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llegó, luego de realizado el presente estudio fueron las siguientes:

- Las actitudes del personal de salud hacia el proceso de envejecimiento en el C.S. M.I. Villa María del Triunfo es de rechazo leve.
- Las actitudes del personal de salud hacia los cambios bilógicos del proceso de envejecimiento en el C.S. M.I. Villa María del Triunfo es de rechazo leve.
- Las actitudes del personal de salud hacia los cambios psicológicos del proceso de envejecimiento en el C.S. M.I. Villa María del Triunfo es de rechazo leve.

- Las actitudes del personal de salud hacia los cambios sociales del proceso de envejecimiento en el C.S. M.I. Villa María del Triunfo es de rechazo leve.
- Las actitudes del personal de salud hacia el proceso de envejecimiento, en los factores evaluativo, potencia, acción y familiaridad son de rechazo leve.

B. LIMITACIONES

- Que los resultados obtenidos responden sólo a la población de estudio, no pueden ser generalizados a otras poblaciones.

C. RECOMENDACIONES

Luego de la elaboración del presente estudio se cree conveniente realizar las siguientes recomendaciones:

- Realizar estudios orientados a identificar los factores que están influyendo en el personal de salud para que su actitud hacia el proceso de envejecimiento sea de rechazo con intensidad leve.
- Explorar con mayor profundidad la variable actitud hacia el proceso de envejecimiento, de ser posible con técnicas cualitativas.
- Realizar otros estudios similares en diferentes lugares, para conocer distintas realidades.

- Realizar programas de actualización y de capacitación permanente en aspectos relacionados al proceso de envejecimiento, para afianzar las actitudes positivas y modificar las actitudes negativas y, que ello contribuya a mejorar, la calidad de atención que se brinda al adulto mayor. La capacitación del personal de salud perfecciona la calidad de los servicios, porque actúa como un ejercicio educativo permanente aumentando el grado de compromiso con la tarea, y consecuentemente con la salud de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ❖ ⁽¹⁾ INEI - PERU: PERFIL SOCIO - DEMOGRAFICO DE LA TERCERA EDAD (1995). (Internet). (Consultado 04 de Junio 2011). Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0044/n00.htm>
- ❖ ⁽²⁾ INEI – CENSOS NACIONALES 2007: XI DE LA POBLACIÓN Y VI DE VIVIENDA - PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DEL PERÚ. (Internet). (Consultado 25 de Junio 2011). Disponible en: <http://censos.inei.gob.pe/Anexos/Libro.pdf>
- ❖ ⁽³⁾ INEI - INFORME TÉCNICO N° 2, JUNIO 2011: SITUACION DE LA NIÑEZ Y DEL ADULTO MAYOR. (Internet). (Consultado 09 de Julio 2011). Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/web/Boletin/Attach/12624.pdf>
- ❖ ⁽⁴⁾ Informe de la aplicación de la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Perú. 2007. p. 39
- ❖ ⁽⁵⁾ TIFFANY JOY CHION LI – ROTHSCHILD FÉRNANDEZ. Centro de Negocios de la PUCP. Lima. 2007. p. 27
- ❖ ^{(6), (7)} Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. 2002 – 2012 MINDES. Lima-Perú. p. 10
- ❖ ⁽⁸⁾ Informe de la aplicación de la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Perú. 2007.p. 40
- ❖ ⁽⁹⁾ Ministerio de Salud. Norma Técnica de la Etapa de Vida Adulto Mayor. Lima-Perú. 2006. p. 4
- ❖ ⁽¹⁰⁾ EISENBERG GLANTZ FANY - LAS ACTITUDES. (Internet). (Consultado 09 de Julio 2011). Disponible en: <http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/proy/n6/investigacion/feisenberg.html>

- ❖ ⁽¹¹⁾ KRENCH Y OTROS. Investigación del comportamiento. Mc Graw Hill. México. 1985. p. 17
- ❖ ⁽¹²⁾ CONSTRUCCIÓN Y EVALUACIÓN EN DIFERENTES COHORTES DEL DSE (Diferencial Semántico del envejecimiento). (Internet). (Consultado 09 de Julio 2011). Disponible en: http://www.um.es/analesps/v13/v13_1/03-13-1.pdf
- ❖ ⁽¹³⁾ LA VEJEZ DESDE LA MIRADA DE LOS JÓVENES CHILENOS: ESTUDIO EXPLORATORIO. (Internet). (Consultado 12 de Abril 2013). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22362007000200005&script=sci_arttext
- ❖ ⁽¹⁴⁾ STURNINO MAGALLAN GALAC: Actitudes de los Enfermeros Asistenciales que Laboran en dos Hospitales Nacionales de Lima Metropolitana hacia el Paciente Anciano y Atención de Enfermería. Perú. 1988. (Tesis para optar el título profesional)
- ❖ ⁽¹⁵⁾ ALEJANDRO CUADROS NESTOR: Actitudes de los Enfermeros Asistenciales que Trabajan en forma Permanente y Eventual con el Anciano en las Instituciones de Salud de Lima Metropolitana. Perú. 1989. (Tesis para optar el título profesional)
- ❖ ⁽¹⁶⁾ ADELIZ ARMINDA VILCA APAZA: Percepción del Adulto Maduro sobre el Proceso de Envejecimiento. Centro de Salud José Carlos Mariategui, Villa María del Triunfo. Perú. 2010. (Tesis para optar el título profesional)
- ❖ ⁽¹⁷⁾ ALLPORT, M. Psicología general. Ed. Mc Graw Hill. México. 1980. p. 30
- ❖ ⁽¹⁸⁾ AROLDRO RODRÍGUEZ. Psicología social. Ed. Mc Graw Hill. México. 1976. p. 330
- ❖ ⁽¹⁹⁾ WHITHAKER Psicología. Ed. Mc Graw Hill. México. 1987. p. 623 - 624
- ❖ ⁽²⁰⁾ ANDER-EGG E. Introducción a las Técnicas de Investigación. Ed. Humanitas. Buenos Aires. 1976. p. 252

- ❖ ⁽²¹⁾ H. C. TRIANDIS. Actitudes y Cambio de Actitudes. Ed. Toray. España.1979. p. 127
- ❖ ⁽²²⁾ CATHERINE GISELLE RAYMUNDO PEREA: Actitudes de los Estudiantes del 4to año hacia el Internado, en la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la UNMSM. Perú. 2009 (Tesis para optar el título profesional). p. 20
- ❖ ⁽²³⁾ Ibíd. (22). p. 27
- ❖ ⁽²⁴⁾ Ibíd. (22). p. 27
- ❖ ⁽²⁵⁾ Ibíd. (22). p. 27
- ❖ ⁽²⁶⁾ Ibíd. (22). p. 24-25
- ❖ ⁽²⁷⁾ CHARLES UCULMANA SUÁREZ Psicología general. Ed. UPCUS. Lima-Perú. 1988. p. 168
- ❖ ⁽²⁸⁾ MARIBEL NELLY VALVERDE CARO: Actitudes de las enfermeras hacia la investigación y factores que intervienen en su realización en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Perú. 2005 (Tesis para optar el título profesional). p.23
- ❖ ⁽²⁹⁾ J. RAMÓN LAUSÉN. Filosofía y economía de nuestros tiempos – orden económico y cambio social. Ed. Ministerio de Educación. Madrid.2005. p. 39
- ❖ ⁽³⁰⁾ SALAZAR, J.M, MONTERO, M., MUÑOZ, C., SÁNCHEZ, E., SANTORO, E. Y VILLEGAS, J. Psicología Social. . Ed. Mc Graw Hill. México. 1997. p. 156
- ❖ ⁽³¹⁾ KRENCH Y OTROS. Investigación del comportamiento. Mc Graw Hill. México. 1985. p. 117
- ❖ ^{(32), (33)} GLORIA NOVEL MARTÍ. Enfermería psicosocial y salud mental. Ed. Masson. España. 2000. p. 33
- ❖ ^{(34), (35), (36)} DÍAZ GUERRERO, R. y SALAS M. El Diferencial semántico del Idioma Español. Ed. Trillas. México. 1975. p. 39
- ❖ ^{(37),} ENVEJECIMIENTO. (Internet). (Consultado 12 de Abril 2013). Disponible en: <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>

- ❖ ⁽³⁸⁾ APROXIMACIÓN AL ENVEJECIMIENTO DESDE EL CONOCIMIENTO LEGO (Internet). (Consultado 26 de Junio 2011). Disponible en: http://personales.ya.com/fvillar/principal/pdf/tesis/03_Aproximaciones_1egas.pdf
- ❖ ⁽³⁹⁾ ROSALÍA RODRIGUEZ G. y GUILLERMO LAZCANO B. Práctica de la geriatría. Ed. Mc Graw Hill. México. 2007. p. 24
- ❖ ⁽⁴⁰⁾ OLIVIA JANHAYDE TEJADA PUERTA: Percepción que tiene el Adulto Mayor respecto a su Proceso de envejecimiento en el Albergue Central Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro. Perú. 2006 (Tesis para optar el título profesional). p. 15 -17
- ❖ ⁽⁴¹⁾ MISERICORDIA GARCÍA HERNANDEZ y MARPIA PILAR TORRES. Enfermería geriátrica. Ed. Elsevier. Madrid. 2000. p. 37
- ❖ ⁽⁴²⁾ APROXIMACIÓN AL ENVEJECIMIENTO DESDE EL CONOCIMIENTO LEGO (Internet). (Consultado 26 de Junio 2011). Disponible en: http://personales.ya.com/fvillar/principal/pdf/tesis/03_Aproximaciones_1egas.pdf
- ❖ ⁽⁴³⁾ OLIVIA JANHAYDE TEJADA PUERTA: Percepción que tiene el Adulto Mayor respecto a su Proceso de envejecimiento en el Albergue Central Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro. Perú. 2006 (Tesis para optar el título profesional). p. 19 - 20
- ❖ ⁽⁴⁴⁾ MISERICORDIA GARCÍA HERNANDEZ y MARPIA PILAR TORRES. Enfermería geriátrica. Madrid. Ed. Elsevier. 2000. p. 9
- ❖ ^{(45), (46)} OLIVIA JANHAYDE TEJADA PUERTA: Percepción que tiene el Adulto Mayor respecto a su Proceso de envejecimiento en el Albergue Central Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro. Perú. 2006 (Tesis para optar el título profesional). p. 13 -14
- ❖ ⁽⁴⁷⁾ Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores en el Perú – MINDES (2006-2010). Lima- Perú. p. 9
- ❖ ⁽⁴⁸⁾ Ibíd.(47) p. 11
- ❖ ⁽⁴⁹⁾ Ibíd.(47) p. 21

- ❖ ⁽⁵⁰⁾ Ibíd. (44) p. 10
- ❖ ⁽⁵¹⁾ Ibíd.(44) p. 27
- ❖ ⁽⁵²⁾ ENVEJECIMIENTO. (Internet). (Consultado 12 de Abril 2013). Disponible en: <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>
- ❖ ^{(53), (54), (55)} BRUNNER Y SUDARTH. Enfermería médico – quirúrgico. . Ed. Mc Graw Hill. México. 2000. p. 171
- ❖ ⁽⁵⁶⁾ Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores en el Perú – MINDES (2006-2010). Lima- Perú. p. 38
- ❖ ⁽⁵⁷⁾ Ibíd. (56) p. 19 – 20
- ❖ ⁽⁵⁸⁾ DECLARACIÓN DE ALMA-ATA. (Internet). (Consultado 26 de Junio 2011). Disponible en: <http://www.aps.cisas.org.ni/node/1>
- ❖ ⁽⁵⁹⁾, CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO DE SALUD. (Internet). (Consultado 26 de Junio 2011). Disponible en: <http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/spa/doc14994/doc14994-d.pdf>
- ❖ ⁽⁶⁰⁾ PAQUETES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD. (Internet). (Consultado 26 de Junio 2011). Disponible en: <http://www.regionayacucho.gob.pe/grds/cajaherramientas/archivos/PAQUETES%20DE%20ATENCION%20POR%20ETAPAS%20DE%20VIDA.pdf>
- ❖ ⁽⁶¹⁾ LO QUE TODO TRABAJADOR DE SALUD DEBE SABER PARA SU BUEN DESEMPEÑO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. (Internet). (Consultado 26 de Junio 2011). Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/libros/atencionprimaria.pdf>
- ❖ ^{(62), (63)} Ibíd. (61) p. 9 - 13

BIBLIOGRAFIA

- ADELIZ ARMINDA VILCA APAZA: Percepción del Adulto Maduro sobre el Proceso de Envejecimiento. Centro de Salud José Carlos Mariategui, Villa María del Triunfo. Perú. 2010.
- ALEJANDRO CUADROS NESTOR: Actitudes de los Enfermeros Asistenciales que Trabajan en forma Permanente y Eventual con el Anciano en las Instituciones de Salud de Lima Metropolitana.
- ALLPORT, M. Psicología general. Ed. Mc Graw Hill. México. 1980.
- ANDER-EGG E. Introducción a las Técnicas de Investigación. Ed. Humanitas. Buenos Aires-Argentina. 1976.
- AROLDO RODRÍGUEZ. Psicología social. Ed. Mc Graw Hill. México.1976.
- CATHERINE GISELLE RAYMUNDO PEREA: Actitudes de los Estudiantes del 4to año hacia el Internado, en la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la UNMSM. Perú. 2009.
- CHARLES UCULMANA SUÁREZ Psicología general. Ed. UPCUS. Lima-Perú. 1988.
- DÍAZ GUERRERO, R. y SALAS M. El Diferencial semántico del Idioma Español. Ed. Trillas. México. 1975.
- GLORIA NOVEL MARTÍ. Enfermería psicosocial y salud mental. Ed. Masson. España. 2000.

- H. C. TRIANDIS. Actitudes y Cambio de Actitudes. Ed. Toray. España. 1979.
- Informe de la aplicación de la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2007).
- J. RAMÓN LAUSÉN. Filosofía y economía de nuestros tiempos – orden económico y cambio social. Ed. Ministerio de Educación. Madrid. 2005.
- KRENCH Y OTROS. Investigación del comportamiento. Mc Graw Hill. México. 1985.
- Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. 2002 – 2012 MINDES. Lima-Perú.
- MARIBEL NELLY VALVERDE CARO: Actitudes de las enfermeras hacia la investigación y factores que intervienen en su realización en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Perú. 2005.
- MISERICORDIA GARCÍA HERNANDEZ y MARPIA PILAR TORRES. Enfermería geriátrica. Ed. Elsevier. Madrid. 2000.
- Ministerio de Salud. Norma Técnica de la Etapa de Vida Adulto Mayor. (2006). Lima-Perú.
- OLIVIA JANHAYDE TEJADA PUERTA: Percepción que tiene el Adulto Mayor respecto a su Proceso de envejecimiento en el Albergue Central Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro. Perú. 2006.

- Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores en el Perú – MINDES (2006-2010). Lima- Perú.
- ROSALÍA RODRIGUEZ G. y GUILLERMO LAZCANO B. Práctica de la geriatría. Ed. Mc Graw Hill. México. 2007.
- SALAZAR, J.M, MONTERO, M., MUÑOZ, C., SÁNCHEZ, E., SANTORO, E. Y VILLEGAS, J. Psicología Social. Ed. Mc Graw Hill. México. 1997.
- STURNINO MAGALLAN GALAC: Actitudes de los Enfermeros Asistenciales que Laboran en dos Hospitales Nacionales de Lima Metropolitana hacia el Paciente Anciano y Atención de Enfermería. Perú. 1988.
- TIFFANY JOY CHION LI – ROTHSCHILD FÉRNANDEZ. Centro de Negocios de la PUCP. Lima-Perú. 2007.
- WHITHAKER Psicología. Ed. Mc Graw Hill. México. 1987

ANEXO

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

| Variable | Definición conceptual de la variable | Dimensiones | Indicadores | Definición Operacional Variable | Valor final de la variable |
|--|---|--------------------|---|---|--|
| Actitudes del personal de salud hacia el proceso de envejecimiento en el centro de salud | La actitud es considerada como una predisposición psicológica interna que constituyen formas organizadas de pensar, sentir y actuar ante los objetos, fenómenos, personas, grupos, manifestándose a través de una serie de respuestas | Cambios biológicos | <p>Cambios en la Apariencia: (aparición de arrugas, manchas, canas, disminución de la talla corporal, pérdida de piezas dentarias)</p> <p>Cambios en la funcionalidad (disminución en la audición y visión, deterioro de órganos internos, capacidad sexual, fuerza motora,</p> | Predisposición que tiene personal de salud del primer nivel de atención de salud de aceptación o rechazo con leve, moderada o fuerte intensidad a los cambios biológicos, psicológicos y sociales ligados o producidos por el proceso de envejecimiento medidos a través de | <p>Dirección Aceptación Rechazo</p> <p>Intensidad Leve Moderado Fuerte</p> |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | <p>observables agrupadas en tres categorías: cognitivo, Afectivo y conductual.</p> <p>El envejecimiento es un proceso natural, continuo e inevitable en la que se da cambios a nivel biológico, psicológico y social</p> | <p>Cambios psicológicos</p> <p>Cambios sociales</p> | <p>incontinencia urinaria)</p> <p>Memoria</p> <p>Aprendizaje</p> <p>Inteligencia</p> <p>Autoestima</p> <p>Perdida de la interacción social (pares y amigos)</p> <p>Perdida de la independencia económica</p> <p>Perdida de la integración familiar</p> | <p>un cuestionario aplicando la Técnica del Diferencial Semántico.</p> | |
|--|--|---|--|--|--|

ANEXO B

CUESTIONARIO

PRESENTACIÓN:

Buenos días, mi nombre es Ruth Ramos Condori, soy Interna de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Actualmente estoy realizando un trabajo de investigación que tiene como objetivo general: Determinar las actitudes del personal de salud hacia el proceso de envejecimiento, de ahí que solicito su colaboración respondiendo esta encuesta. La información brindada será utilizada con fines exclusivamente del estudio, manteniendo la confidencialidad y anonimato.

Gracias por su aceptación.

INSTRUCCIONES:

Esta encuesta contiene una serie de enunciados, cada una de los cuales va acompañado de varias escalas bipolares. Cada escala tiene seis espacios que significan los grados de actitud que hay entre un polo y otro. Marque con una (X) o aspa en el espacio en el que Usted considere se ubica la intensidad de lo que siente en relación al contenido del enunciado.

Por ejemplo:

Enunciado: Vejez

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|-----|---|----|---|-----|---|----|---|----|---|----|--------|
| Bueno | : | __ | : | __ | : | _X_ | : | __ | : | __ | : | __ | Malo |
| Feo | : | _X_ | : | __ | : | __ | : | __ | : | __ | : | __ | Bonito |

Los espacios de la escala bipolar tienen el siguiente significado:

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|------------|---|-----------------|---|----------------|---|----------------|---|-----------------|---|------------|------|
| Bueno: | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | Malo |
| | Muy | | Bastante | | Ligera- | | Ligera- | | Bastante | | Muy | |
| | Bueno | | bueno | | mente | | mente | | malo | | malo | |
| | | | | | bueno | | Malo | | | | | |

Feo: _____: _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Bonito

| | | | | | |
|------------|-----------------|----------------|----------------|-----------------|------------|
| Muy | Bastante | Ligera- | Ligera- | Bastante | Muy |
| Feo | feo | mente | mente | bonito | bonito |
| | | feo | Bonito | | |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |

En el ejemplo la marca (x) o aspa de la escala Bueno – Malo, indica que es ligeramente bueno, en la escala Feo – Bonito nos indica que es muy feo

Datos Generales:

Llene los espacios en blanco o marque con un aspa según corresponda:

Edad: _____ años Sexo: Femenino () Masculino ()

Tiempo de servicio: años.

Labor que desarrolla en el Centro de Salud:.....

**A CONTINUACIÓN SE PRESENTA LOS ENUNCIADOS
ESPECÍFICOS DEL CUESTIONARIO:**

El proceso de envejecimiento genera **cambios biológicos** como la disminución en la agudeza visual, auditiva, deterioro de órganos internos, disminución de la capacidad sexual, fuerza motora e incontinencia urinaria.

**SIENTO QUE ESTOS CAMBIOS BIOLOGICOS EN LA
FUNCIONALIDAD DEL ORGANISMO SON:**

| | | |
|---------------|---|-------------|
| Feos | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Bonitos |
| Buenos | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Malos |
| Activos | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Pasivos |
| Desconocidos: | ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Conocidos |
| Rápidos | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Lentos |
| Fuertes | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Débiles |
| Insoportables | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Soportables |
| Simple | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Complejo |
| Inesperados | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Esperados |
| Negativos | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Positivos |
| Ligeros | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Pesados |
| Raros | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Comunes |

El proceso de envejecimiento genera **cambios biológicos**, como la aparición de arrugas, manchas, canas, disminución de la talla corporal y pérdida de piezas dentarias.

SIENTO QUE ESTOS CAMBIOS BIOLOGICOS EN LA APARIENCIA FÍSICA DE LA PERSONA SON:

| | | |
|---------------|---|-------------|
| Feos | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Bonitos |
| Buenos | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Malos |
| Activos | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Pasivos |
| Desconocidos: | ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Conocidos |
| Rápidos | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Lentos |
| Fuertes | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Débiles |
| Insoportables | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Soportables |
| Simple | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Complejo |
| Inesperados | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Esperados |
| Negativos | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Positivos |
| Ligeros | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Pesados |
| Raros | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Comunes |

El proceso de envejecimiento genera **cambios psicológicos en la persona** como la disminución y/o declive del aprendizaje, la inteligencia, la memoria y baja autoestima.

SIENTO QUE ESTOS CAMBIOS PSICOLOGICOS SON:

| | | |
|---------------|---|-------------|
| Feos | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Bonitos |
| Buenos | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Malos |
| Activos | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Pasivos |
| Desconocidos: | ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Conocidos |
| Rápidos | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Lentos |
| Fuertes | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Débiles |
| Insoportables | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Soportables |
| Simple | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Complejo |
| Inesperados | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Esperados |
| Negativos | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Positivos |
| Ligeros | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Pesados |
| Raros | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Comunes |

El proceso de envejecimiento genera **cambios sociales en la persona**, como dificultad en la adaptación e integración con los contactos sociales, perder la independencia económica y sentirse una carga para la familia.

SIENTO QUE ESTOS CAMBIOS SOCIALES SON:

| | | |
|---------------|---|-------------|
| Feos | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Bonitos |
| Buenos | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Malos |
| Activos | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Pasivos |
| Desconocidos: | ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Conocidos |
| Rápidos | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Lentos |
| Fuertes | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Débiles |
| Insoportables | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Soportables |
| Simple | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Complejo |
| Inesperados | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Esperados |
| Negativos | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Positivos |
| Ligeros | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Pesados |
| Raros | : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ : ____ | Comunes |

GRACIAS

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “Actitudes hacia el proceso de envejecimiento, del personal de salud del Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo”. Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizara adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

FIRMA

ANEXO D

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):.....

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión

| N° | CRITERIOS | SI | NO | OBSERVACIONES |
|----|--|----|----|---------------|
| 1. | El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación | | | |
| 2. | El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio | | | |
| 3. | La estructura responde a la operacionalización de la variable | | | |
| 4. | Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable | | | |
| 5. | La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento | | | |
| 6. | Los ítems son claros y entendibles | | | |
| 7. | El número de ítems es adecuado para su aplicación | | | |

Sugerencias:.....

.....

Firma del Juez Experto

TABLA DE CONCORDANCIA
PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

| ÍTEMS | NUMERO DE JUECES | | | | | | | | PROBABILIDAD |
|--------------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| TOTAL | | | | | | | | | 0.032 |

Favorable= 1 (Sí)

Desfavorable= 0 (No)

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

p = Probabilidad

La concordancia es significativa.

ANEXO E

DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Ecuación del coeficiente Alfa de Crombach para el cálculo de la confiabilidad del instrumento a partir de la coherencia interna de cada reactivo. A continuación se presenta la confiabilidad de uno de los reactivos a manera de ejemplo así como la confiabilidad total del instrumento.

$$\alpha = \frac{k}{(k-1)} \left(1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_x^2} \right)$$

k = número de ítems

$(\sigma_i)^2$ = varianza de cada ítem

$(\sigma_x)^2$ = varianza de la cuestionario total

| |
|---------------------------------------|
| $\alpha > 0.60$ instrumento confiable |
|---------------------------------------|

Confiabilidad del Reactivo N° 1: “Actitud del personal de salud hacia el proceso de envejecimiento en los cambios de la funcionalidad del organismo”

| Escalas Sujetos | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | Σitems |
|----------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------|
| 1 | 4 | 3 | 3 | 6 | 5 | 3 | 2 | 6 | 3 | 2 | 5 | 2 | 44 |
| 2 | 6 | 4 | 6 | 6 | 5 | 3 | 5 | 5 | 4 | 3 | 4 | 2 | 53 |
| 3 | 4 | 4 | 3 | 6 | 3 | 2 | 6 | 6 | 6 | 4 | 3 | 2 | 49 |
| 4 | 5 | 3 | 3 | 6 | 6 | 2 | 4 | 6 | 3 | 4 | 6 | 2 | 50 |
| 5 | 5 | 3 | 6 | 6 | 4 | 2 | 2 | 6 | 6 | 6 | 3 | 3 | 52 |
| 6 | 4 | 2 | 6 | 6 | 6 | 4 | 2 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 48 |
| 7 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 1 | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 26 |
| 8 | 2 | 3 | 3 | 6 | 5 | 3 | 6 | 5 | 4 | 2 | 5 | 3 | 47 |
| 9 | 5 | 2 | 4 | 5 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 3 | 3 | 3 | 46 |
| 10 | 3 | 2 | 6 | 5 | 5 | 5 | 4 | 6 | 4 | 3 | 4 | 1 | 48 |
| Σ | 39 | 28 | 44 | 55 | 45 | 29 | 36 | 54 | 40 | 32 | 38 | 23 | 463 |
| PĀ | 3.9 | 2.8 | 4.4 | 5.5 | 4.5 | 2.9 | 3.6 | 5.4 | 4.0 | 3.2 | 3.8 | 2.3 | 46.3 |
| σ | 2.09 | 0.56 | 1.84 | 0.85 | 1.25 | 0.89 | 2.84 | 0.44 | 2.2 | 1.76 | 1.76 | 0.81 | 17.29 |

$$(O_x)^2 = 52.21$$

$$\alpha = \frac{12}{12-1} \left(1 - \frac{17.29}{52.21} \right)$$

$$\alpha = 1.09 (0.67)$$

$$\alpha = 0.73$$

Confiabilidad General del Instrumento

| Reactivos | REACTIVO N°1 | | | | | | | | | | | | REACTIVO N°2 | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Escalas Sujetos | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L |
| 1 | 4 | 3 | 3 | 6 | 5 | 3 | 2 | 6 | 3 | 2 | 5 | 2 | 3 | 4 | 4 | 4 | 1 | 3 | 3 | 4 | 1 | 5 | 5 | 2 |
| 2 | 6 | 4 | 6 | 6 | 5 | 3 | 5 | 5 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 5 | 5 | 2 | 2 | 3 | 6 | 3 | 3 |
| 3 | 4 | 4 | 3 | 6 | 3 | 2 | 6 | 6 | 6 | 4 | 3 | 2 | 3 | 6 | 4 | 3 | 1 | 3 | 5 | 5 | 3 | 6 | 6 | 3 |
| 4 | 5 | 3 | 3 | 6 | 6 | 2 | 4 | 6 | 3 | 4 | 6 | 2 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 5 | 3 | 3 |
| 5 | 5 | 3 | 6 | 6 | 4 | 2 | 2 | 6 | 6 | 6 | 3 | 3 | 1 | 6 | 2 | 1 | 2 | 6 | 1 | 5 | 3 | 5 | 5 | 3 |
| 6 | 4 | 2 | 6 | 6 | 6 | 4 | 2 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 4 | 5 | 3 | 6 | 6 | 1 |
| 7 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 1 | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| 8 | 2 | 3 | 3 | 6 | 5 | 3 | 6 | 5 | 4 | 2 | 5 | 3 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| 9 | 5 | 2 | 4 | 5 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 3 | 3 | 3 | 5 | 4 | 1 | 3 | 4 | 4 | 5 | 2 | 2 | 5 | 6 | 2 |
| 10 | 3 | 2 | 6 | 5 | 5 | 5 | 4 | 6 | 4 | 3 | 4 | 1 | 1 | 4 | 6 | 6 | 4 | 1 | 1 | 6 | 3 | 6 | 1 | 2 |
| Varianza | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 |

| Reactivos | REACTIVO N°3 | | | | | | | | | | | | REACTIVO N°4 | | | | | | | | | | | | TOTAL GENERAL |
|--------------------|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------|
| Escalas Sujetos | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | SUMATORIA |
| 1 | 5 | 4 | 4 | 1 | 6 | 6 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 5 | 5 | 2 | 3 | 3 | 5 | 4 | 5 | 6 | 3 | 3 | 6 | 170 |
| 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 1 | 3 | 3 | 5 | 4 | 2 | 6 | 4 | 5 | 2 | 4 | 3 | 6 | 6 | 5 | 5 | 179 |
| 3 | 2 | 4 | 3 | 1 | 5 | 5 | 2 | 3 | 4 | 3 | 6 | 6 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 5 | 6 | 5 | 190 |
| 4 | 4 | 5 | 5 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 3 | 6 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 | 5 | 5 | 6 | 5 | 6 | 2 | 5 | 4 | 199 |
| 5 | 3 | 2 | 3 | 5 | 4 | 5 | 2 | 1 | 5 | 3 | 5 | 5 | 6 | 2 | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 2 | 6 | 6 | 4 | 4 | 194 |
| 6 | 3 | 4 | 5 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 5 | 3 | 2 | 2 | 6 | 6 | 6 | 6 | 3 | 4 | 4 | 5 | 6 | 4 | 4 | 6 | 189 |
| 7 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 4 | 239 |
| 8 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | 5 | 4 | 4 | 5 | 6 | 6 | 6 | 254 |
| 9 | 3 | 5 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 4 | 2 | 5 | 2 | 6 | 4 | 6 | 3 | 4 | 5 | 5 | 6 | 4 | 5 | 5 | 2 | 180 |
| 10 | 6 | 3 | 5 | 5 | 4 | 1 | 5 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 4 | 3 | 5 | 5 | 2 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 3 | 5 | 175 |
| Varianza | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 97.58 |

$$\alpha = \frac{12}{12-1} (1 - \frac{97.58}{696.49})$$

$$(\sigma_x)_2 = 696.49$$

$$\alpha = 1.09 (0.8599)$$

$$\alpha = 0.93$$

ANEXO F

MATRIZ TRIPARTITA

| Reactivo | N°1: BIOLOGICO - CAMBIOS EN LA FUNCIONALIDAD DEL ORGANISMO | | | | | | | | | | | | N°2: BIOLOGICO - CAMBIOS EN APARIENCIA FISICA | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|---|---|----------|---|---|--------|---|---|--------------|---|---|---|---|---|----------|---|---|--------|---|---|--------------|---|---|
| Factores | EVALUACIÓN | | | POTENCIA | | | ACCIÓN | | | FAMILIARIDAD | | | EVALUACIÓN | | | POTENCIA | | | ACCIÓN | | | FAMILIARIDAD | | |
| Escalas Sujetos | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L |
| 1 | 4 | 3 | 3 | 6 | 5 | 3 | 2 | 6 | 3 | 2 | 5 | 2 | 3 | 4 | 4 | 4 | 1 | 3 | 3 | 4 | 1 | 5 | 5 | 2 |
| 2 | 6 | 4 | 6 | 6 | 5 | 3 | 5 | 5 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 5 | 5 | 2 | 2 | 3 | 6 | 3 | 3 |
| 3 | 4 | 4 | 3 | 6 | 3 | 2 | 6 | 6 | 6 | 4 | 3 | 2 | 3 | 6 | 4 | 3 | 1 | 3 | 5 | 5 | 3 | 6 | 6 | 3 |
| 4 | 5 | 3 | 3 | 6 | 6 | 2 | 4 | 6 | 3 | 4 | 6 | 2 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 5 | 3 | 3 |
| 5 | 5 | 3 | 6 | 6 | 4 | 2 | 2 | 6 | 6 | 6 | 3 | 3 | 1 | 6 | 2 | 1 | 2 | 6 | 1 | 5 | 3 | 5 | 5 | 3 |
| 6 | 4 | 2 | 6 | 6 | 6 | 4 | 2 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 4 | 5 | 3 | 6 | 6 | 1 |
| 7 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 1 | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| 8 | 2 | 3 | 3 | 6 | 5 | 3 | 6 | 5 | 4 | 2 | 5 | 3 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| 9 | 5 | 2 | 4 | 5 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 3 | 3 | 3 | 5 | 4 | 1 | 3 | 4 | 4 | 5 | 2 | 2 | 5 | 6 | 2 |
| 10 | 3 | 2 | 6 | 5 | 5 | 5 | 4 | 6 | 4 | 3 | 4 | 1 | 1 | 4 | 6 | 6 | 4 | 1 | 1 | 6 | 3 | 6 | 1 | 2 |
| 11 | 1 | 6 | 2 | 4 | 1 | 3 | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 6 | 4 | 4 | 6 | 4 | 1 | 6 | 4 | 2 | 3 |
| 12 | 2 | 2 | 1 | 3 | 5 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 6 | 5 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 1 | 2 | 5 | 5 | 3 | 4 | 1 |
| 13 | 4 | 4 | 5 | 1 | 2 | 6 | 3 | 2 | 1 | 1 | 5 | 3 | 1 | 4 | 6 | 1 | 3 | 3 | 5 | 4 | 6 | 4 | 5 | 5 |
| 14 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 5 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 15 | 4 | 3 | 5 | 2 | 4 | 5 | 4 | 6 | 4 | 1 | 4 | 6 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | 3 |
| 16 | 6 | 4 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 6 | 5 | 5 | 4 | 6 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 5 | 2 | 2 | 1 |
| 17 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 1 | 4 | 3 | 3 | 1 | 4 | 4 | 5 | 4 | 3 | 2 | 6 | 1 | 1 | 6 | 3 | 2 | 1 | 1 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 18 | 3 | 5 | 3 | 2 | 4 | 4 | 5 | 6 | 5 | 4 | 4 | 1 | 3 | 5 | 5 | 5 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 4 | 4 |
| 19 | 5 | 5 | 6 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 6 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 5 | 6 | 1 | 1 |
| 20 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 5 | 6 | 6 | 5 | 5 | 4 | 1 | 4 | 4 | 2 | 5 | 3 | 4 | 2 | 4 | 4 | 2 | 1 | 3 |
| 21 | 5 | 4 | 6 | 5 | 5 | 1 | 3 | 5 | 4 | 4 | 2 | 3 | 5 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 |
| 22 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 1 | 4 | 6 | 2 | 4 | 3 | 5 | 2 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 |
| 23 | 5 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 5 | 6 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 |

| Reactivo | N°3: PSICOLOGICO | | | | | | | | | | | | N°4: SOCIAL | | | | | | | | | | | |
|--------------------|------------------|---|---|----------|---|---|--------|---|---|--------------|---|---|-------------|---|---|----------|---|---|--------|---|---|--------------|---|---|
| Factores | EVALUACIÓN | | | POTENCIA | | | ACCIÓN | | | FAMILIARIDAD | | | EVALUACIÓN | | | POTENCIA | | | ACCIÓN | | | FAMILIARIDAD | | |
| Escalas Sujetos | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 5 | 4 | 4 | 1 | 6 | 6 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 5 | 5 | 2 | 3 | 3 | 5 | 4 | 5 | 6 | 3 | 3 | 6 |
| 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 1 | 3 | 3 | 5 | 4 | 2 | 6 | 4 | 5 | 2 | 4 | 3 | 6 | 6 | 5 | 5 |
| 3 | 2 | 4 | 3 | 1 | 5 | 5 | 2 | 3 | 4 | 3 | 6 | 6 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 5 | 6 | 5 |
| 4 | 4 | 5 | 5 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 3 | 6 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 | 5 | 5 | 6 | 5 | 6 | 2 | 5 | 4 |
| 5 | 3 | 2 | 3 | 5 | 4 | 5 | 2 | 1 | 5 | 3 | 5 | 5 | 6 | 2 | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 2 | 6 | 6 | 4 | 4 |
| 6 | 3 | 4 | 5 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 5 | 3 | 2 | 2 | 6 | 6 | 6 | 6 | 3 | 4 | 4 | 5 | 6 | 4 | 4 | 6 |
| 7 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 4 | |
| 8 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | 5 | 4 | 4 | 5 | 6 | 6 | 6 |
| 9 | 3 | 5 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 4 | 2 | 5 | 2 | 6 | 4 | 6 | 3 | 4 | 5 | 5 | 6 | 4 | 5 | 5 | 2 |
| 10 | 6 | 3 | 5 | 5 | 4 | 1 | 5 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 4 | 3 | 5 | 5 | 2 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 3 | 5 |
| 11 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 6 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 5 | 5 | 2 | 2 | 5 | 2 |
| 12 | 4 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 6 | 6 | 4 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 6 | 5 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 3 |
| 13 | 4 | 4 | 3 | 5 | 4 | 1 | 4 | 2 | 6 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 5 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 3 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 | 3 | 4 | 2 | 4 | 5 | 3 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 5 | 2 | 6 | 2 | 5 |
| 15 | 6 | 4 | 6 | 4 | 5 | 6 | 6 | 4 | 5 | 2 | 6 | 6 | 4 | 5 | 5 | 5 | 2 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 | 2 | 5 |
| 16 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 2 | 4 | 4 | 6 | 4 | 2 | 4 | 2 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 5 | 5 | 6 | 1 | 3 | 5 |
| 17 | 3 | 3 | 3 | 6 | 6 | 2 | 5 | 2 | 3 | 5 | 3 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 1 |
| 18 | 3 | 1 | 6 | 3 | 3 | 3 | 6 | 6 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 6 | 6 | 2 | 1 | 3 | 1 |
| 19 | 6 | 3 | 3 | 4 | 5 | 1 | 6 | 3 | 5 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 | 2 | 1 | 4 | 5 | 3 | 4 | 5 | 1 |
| 20 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 3 | 1 | 6 | 1 | 3 | 6 | 6 | 6 | 4 | 1 | 6 | 6 | 6 | 4 | 1 | 4 | 6 | 1 | 1 |
| 21 | 2 | 6 | 4 | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 6 | 1 | 5 | 3 | 3 | 6 | 6 | 6 | 1 | 3 | 3 |
| 22 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 5 | 6 | 5 | 5 | 6 | 6 | 5 | 5 | 1 | 2 | 4 |
| 23 | 3 | 4 | 2 | 5 | 3 | 5 | 5 | 4 | 3 | 4 | 4 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 |

ESCALAS BIPOLARES

| Evaluativos | | Potencia | | Acción | | Familiaridad | |
|------------------------|------------|---------------------|-----------|-----------------------|-----------|-----------------------|----------|
| A: Feos | Bonitos | D: Negativos | Positivos | G: Lentos | Rápidos | J: Desconocido | Conocido |
| B: Malos | Buenos | E: Débiles | Fuertes | H: Pasivos | Activos | K: Complejo | Simple |
| C: Insoportable | Soportable | F: Pesados | Ligeros | I: Inesperados | Esperados | L: Raro | Común |

ANEXO G

A continuación se presenta los pasos para el cálculo del promedio actitudinal individual de la actitud de los trabajadores de salud hacia el proceso de envejecimiento según los cambios biológicos, psicológicos y sociales.

FACTOR EVALUATIVO

| | |
|-------------------------|-------------|
| A: Feos | Bonitos |
| B: Malos | Buenos |
| C: Insoportables | Soportables |

Según Reactivos:

Reactivo N° 1: $4+3+3 = 10/3=3.33$
Reactivo N° 2: $3+4+4 = 11/3=3.67$
Reactivo N° 3: $5+4+4 = 13/3=4.33$
Reactivo N° 4: $5+5+2 = 12/3=4$

FACTOR POTENCIA

| | |
|---------------------|-----------|
| D: Negativos | Positivos |
| E: Débiles | Fuertes |
| F: Pesados | Ligeros |

Según Reactivos:

Reactivo N° 1: $6+5+3 = 14/3=4.67$
Reactivo N° 2: $4+1+3 = 8/3 =2.67$
Reactivo N° 3: $1+6+6 = 13/3=4.33$
Reactivo N° 4: $3+3+5 = 11/3=3.67$

FACTOR ACCIÓN

G: Lentos Rápidos
H: Pasivos Activos
I: Inesperados Esperados

Según Reactivos:

Reactivo N° 1: $2+6+3 = 11/3 = 3.67$

Reactivo N° 2: $3+4+1 = 8/3 = 2.67$

Reactivo N° 3: $1+6+6 = 13/3 = 4.33$

Reactivo N° 4: $1+2+3 = 6/3 = 6$

FACTOR FAMILIARIDAD

J: Desconocido Conocido
K: Complejo Simple
L: Raro Común

Según Reactivos:

Reactivo N° 1: $2+5+2 = 9/3 = 3$

Reactivo N° 2: $5+5+1 = 12/3 = 4$

Reactivo N° 3: $1+2+2 = 5/3 = 1.66$

Reactivo N° 4: $3+3+6 = 12/3 = 4$

Ahora obtenemos el promedio para cada reactivo:

Reactivo N° 1:

Promedio de cada factor: **Evaluación:** 3.33

Potencia: 4.67

Acción: 3.67

Familiaridad: 3

$3.33 + 4.67 + 3.67 + 3 = 3.66$

Reactivo N° 2:

Promedio de cada factor: **Evaluación:** 3.67

Potencia: 2.67

Acción: 2.67

Familiaridad: 4

$$\frac{3.67 + 2.67 + 2.67 + 4}{4} = 3.25$$

Reactivo N° 3:

Promedio de cada factor: **Evaluación:** 4.33

Potencia: 4.33

Acción: 2

Familiaridad: 1.66

$$\frac{4.33 + 4.33 + 2 + 1.66}{4} = 3.08$$

Reactivo N° 4:

Promedio de cada factor: **Evaluación:** 4

Potencia: 3.67

Acción: 5

Familiaridad: 4

$$\frac{4 + 3.67 + 5 + 4}{4} = 4.17$$

Ahora se presenta los pasos para el cálculo del promedio actitudinal general del primer reactivo:

FACTOR EVALUATIVO

A: Feos-bonitos

$$(1 \times 4) + (2 \times 2) + (3 \times 4) + (4 \times 5) + (5 \times 5) + (6 \times 3) = 83/23 = 3.61$$

B: Malos-buenos

$$(1 \times 0) + (2 \times 3) + (3 \times 4) + (4 \times 8) + (5 \times 4) + (6 \times 4) = 94/23 = 4.09$$

C: Insoportables Soportables

$$(1 \times 1) + (2 \times 3) + (3 \times 3) + (4 \times 7) + (5 \times 2) + (6 \times 7) = 96/23 = 4.17$$

Promedio del factor evaluación:

$$\frac{3.61 + 4.09 + 4.17}{3} = 3.96$$

FACTOR POTENCIA

D: Negativos Positivos

$$(1 \times 2) + (2 \times 3) + (3 \times 5) + (4 \times 7) + (5 \times 3) + (6 \times 3) = 84/23 = 3.65$$

E: Débiles Fuertes

$$(1 \times 2) + (2 \times 2) + (3 \times 7) + (4 \times 8) + (5 \times 2) + (6 \times 2) = 81/23 = 3.52$$

F: Pesados Ligeros

$$(1 \times 5) + (2 \times 3) + (3 \times 4) + (4 \times 4) + (5 \times 3) + (6 \times 4) = 78/23 = 3.39$$

Promedio del factor potencia

$$\frac{3.65 + 3.52 + 3.39}{3} = 3.52$$

FACTOR ACCIÓN

G: Lentos Rápidos

$$(1 \times 3) + (2 \times 4) + (3 \times 4) + (4 \times 4) + (5 \times 5) + (6 \times 3) = 82/23 = 3.57$$

H: Pasivos Activos

$$(1 \times 1) + (2 \times 2) + (3 \times 3) + (4 \times 3) + (5 \times 7) + (6 \times 7) = 103/23 = 4.48$$

I: Inesperados Esperados

$$(1 \times 1) + (2 \times 1) + (3 \times 8) + (4 \times 3) + (5 \times 4) + (6 \times 6) = 95/23 = 4.13$$

Promedio del factor acción

$$\frac{3.57 + 4.48 + 4.13}{3} = 4.06$$

FACTOR FAMILIARIDAD

J: Desconocido Conocido

$$(1 \times 2) + (2 \times 1) + (3 \times 3) + (4 \times 5) + (5 \times 6) + (6 \times 6) = 99/23 = 4.30$$

K: Complejo Simple

$$(1 \times 2) + (2 \times 2) + (3 \times 5) + (4 \times 3) + (5 \times 8) + (6 \times 3) = 92/23 = 4$$

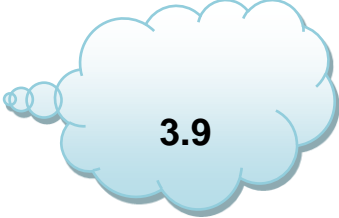
L: Raro Común

$$(1 \times 4) + (2 \times 5) + (3 \times 8) + (4 \times 1) + (5 \times 1) + (6 \times 4) = 71/23 = 3.9$$

Promedio del factor acción

$$\frac{4.30 + 3.52 + 4 + 3.9}{3} = 4.06$$

Luego obtenemos el promedio general al sumar todos los promedios de los Factores de la actitud.

$$\frac{3.96 + 3.52 + 4.06 + 4.06}{4} =$$


3.9

ANEXO H

**DISTRIBUCIÓN, SEGÚN GRUPO ETAREO, DEL PERSONAL DE
SALUD DEL C.S. MATERNO INFANTIL
VILLA MARÍA DEL TRIUNFO, 2013**

| GRUPO ETAREO | PERSONAL DE SALUD | |
|--------------|-------------------|-------|
| | Nº | % |
| 31-35 | 2 | 8.7 |
| 36-40 | 3 | 13.04 |
| 41-45 | 3 | 13.04 |
| 46-50 | 5 | 21.74 |
| 51-55 | 7 | 30.43 |
| 56-60 | 2 | 8.7 |
| 61-65 | 1 | 4.35 |
| TOTAL | 23 | 100.0 |

ANEXO I

DISTRIBUCIÓN, SEGÚN SEXO, DEL PERSONAL DE SALUD DEL C.S. MATERNO INFANTIL VILLA MARÍA DEL TRIUNFO, 2013

| SEXO | PERSONAL DE SALUD | |
|-----------|-------------------|-------|
| | Nº | % |
| Masculino | 3 | 13.04 |
| Femenino | 20 | 86.96 |
| TOTAL | 23 | 100.0 |

ANEXO J

DISTRIBUCIÓN, SEGÚN TIEMPO DEL PERSONAL DE SALUD DEL C.S. MATERNO INFANTIL VILLA MARÍA DEL TRIUNFO, 2013

| TIEMPO DE SERVICIO | PERSONAL DE SALUD | |
|--------------------|-------------------|-------|
| | Nº | % |
| 1 a 5 años | 12 | 52.17 |
| 6 a 10 años | 6 | 26.09 |
| Más de 10 años | 5 | 21.74 |
| TOTAL | 23 | 100.0 |

ANEXO K

DISTRIBUCIÓN, SEGÚN EL LABOR QUE DESARROLLAN, DEL PERSONAL DE SALUD DEL C.S. MATERNO INFANTIL VILLA MARÍA DEL TRIUNFO, 2013

| LABOR QUE DESARROLAN | PERSONAL DE SALUD | |
|-------------------------|-------------------|-------|
| | Nº | % |
| Médico cirujano | 3 | 13.04 |
| Odontólogo | 2 | 8.7 |
| Lic. de enfermería | 4 | 17.4 |
| Lic. de obstetricia | 3 | 13.04 |
| Lic. de nutrición | 1 | 4.34 |
| Lic. de psicología | 1 | 4.34 |
| Lic. asistencia social | 1 | 4.34 |
| Tecnólogo Laboratorio | 1 | 4.34 |
| Técnico de enfermería | 7 | 30.46 |
| TOTAL | 23 | 100.0 |

ANEXO L

PRUEBA DE CHI CUADRADO

| CAMBIOS BIOLÓGICOS | | | |
|--------------------|----------|-------------------------|-----------------------------------|
| | | En la apariencia física | En la funcionalidad del organismo |
| Aceptación | Fuerte | 2 | 0 |
| | Moderado | 0 | 1 |
| | Leve | 6 | 9 |
| Rechazo | Leve | 14 | 11 |
| | Moderado | 1 | 2 |
| | Fuerte | 0 | 0 |
| Total | | 23 | 23 |

| | |
|--------------------------------|--------|
| Chi-cuadrado (Valor observado) | 29.750 |
| Chi-cuadrado (Valor esperado) | 37.652 |
| GDL | 25 |
| p-valor | 0.234 |
| alfa | 0.05 |

INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA:

p valor = 0.234

Conclusión: Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se concluye que no hay diferencia entre los grupos.